

# Rückmeldeformular für Hausärzte und Fachärzte

Name: ..... Datum: .....

Telefonnummer: .....  Persönliche Kontaktaufnahme zur  
Rückmeldung gewünscht

**Rückmeldung betrifft folgenden Bereich (bitte ankreuzen):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustkrebszentrum   | <input type="checkbox"/> Onkologisches Zentrum allgemein  |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologisches Krebszentrum                              | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin   |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie/Onkologie und<br>Stammzelltransplantation     | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie   |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebszentrum  | <input type="checkbox"/> Urologie   |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrebszentrum  | <input type="checkbox"/> Viszeralonkologisches Zentrum<br>(Allg.- u. Viszeralchirurgie/Gastroenterologie) |
| <input type="checkbox"/> Neuroonkologisches Zentrum<br>(Neurologie/Neurochirurgie) |   |

**Rückmeldung:**

.....

.....

.....

.....



**Ausgefülltes Formular bitte per Mail oder Fax an Claudia Schirmer:**

[schirmer.claudia@helios-gesundheit.de](mailto:schirmer.claudia@helios-gesundheit.de)  
T (0385) 520-5363 F (0385) 520-2007