



Interdisziplinäres Brustzentrum
Gynäkologisches Krebszentrum

An die Koordinatorin
Brustzentrum/Gyn. Krebszentrum
Oberärztin Dr. med. Anne Andrulat
per Fax: 089 – 1303 – 3623

Rückmeldebogen

Datum: ____ . ____ . ____

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

- Grund der Rückmeldung:
- Stationäre Aufnahme aufgrund einer (akuten) Komplikation
 - Spätkomplikation, die weitere Behandlung erfordert
 - Änderung der empfohlenen Therapie
 - Andere: _____

Indizierte Maßnahme/ Erläuterung: _____

Rückmeldung von:

am ____ . ____ . ____ , ____ : ____ Uhr

Unterschrift: _____

