



Interdisziplinäres Brustzentrum Gynäkologisches Krebszentrum

An die Koordinatorin
Brustzentrum/Gyn. Krebszentrum
Leitende 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: _____