



## 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: \_\_\_\_\_