



An die Koordinatorin
des Viszeralonkologischen Zentrums
Leitende Oberärztin PD Dr.med. Urte Kunz-Zurbuchen
per Fax: 089/1303-2549

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: