



## Rückmeldebogen Darmkrebszentrum ELBLANDKLINIKUM Riesa

**Sehr geehrte Einweiserin, sehr geehrter Einweiser,**

gern möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, schriftlich mit uns Kontakt aufzunehmen, um uns Ihre Wünsche, Anregungen, Probleme, Beschwerden oder sonstige Anliegen mitzuteilen.

Bitte nutzen Sie dafür dieses Formular, was Sie ausgefüllt an das Sekretariat des Darmkrebszentrums / Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des ELBLANDKLINIKUMS Riesa zurückfaxen können.

Die Faxnummer lautet:

**Per Fax: +49 3525 75 3455**

Natürlich sind wir auch gern telefonisch unter der Telefonnummer der Darmkrebszentrums Koordination Tel. 03525 75 5643 für Sie erreichbar.

Einweiserdaten	
Name des Arztes	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon / Fax	
E-Mail Adresse	

### Ihr Anliegen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einweiser/in

\_\_\_\_\_  
Datum Rückmeldung bearbeitet

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Darmkrebszentrum