

## Kontaktformular zur Patienten Anmeldung

### Klinik für Gastroenterologie

Bitte senden Sie das Formular inklusive relevanter Vorbefunde

- per Fax an: (0681) 406-1043
- per E-Mail an: [Stationssekretariat\\_Gastroenterologie@caritasklinikum.de](mailto:Stationssekretariat_Gastroenterologie@caritasklinikum.de)

Persönliche Besprechung Oberarzt: (0681) 406-4111

#### Zuweiser:

Praxis: \_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen: \_\_\_\_\_

#### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

- ☐ Patient wurde informiert und ist mit der Anmeldung sowie der Weiterleitung seiner Daten an das CaritasKlinikum einverstanden.

#### Grund der Anmeldung:

---

---

---

#### Rückmeldung an den Zuweiser:

- ☐ Anfrage terminiert am: \_\_\_\_\_

Der Termin wird dem Patienten durch uns mitgeteilt.

- ☐ Ergänzende Kommentare:

+

---

---

---

