

# Kontaktformular zur Patientenmeldung

## 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

