Kontaktformular zur Patientenanmeldung

DKG KREBSGESELLSCHAFT
Zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum für
Darmkrebs
Pankreaskrebs
Speiseröhrenkrebs

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Tumorchirurgie & Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebszentrum, Pankreaskrebszentrum und Speiseröhrenkrebszentrum

Bitte senden Sie das Formular inklusive relevanter Vorbefunde

- **per Fax an: (0681) 406-1203**
- **per E-Mail an: allgemeinchirurgie@caritasklinikum.de**
- **per KIM: allgemeinchirurgie@caritasklinikum.cts.kim.telematik**

Patientenbesprechung ebenfalls jederzeit möglich über

- **persönlicher Arztkontakt an: (0681) 406-4524 oder**
- **Sekretariat: (0681) 406-1201**

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:

_____

_____

_____

cts CaritasKlinikum Saarbrücken
Das Beste für Alle.