

## Rückmeldeformular für Hausärzte und Fachärzte

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Persönliche Kontaktaufnahme zur Rückmeldung gewünscht

### Rückmeldung betrifft folgenden Bereich (bitte ankreuzen):

- Onkologisches Zentrum allgemein
- Brustkrebszentrum
- Gynäkologisches Krebszentrum
- Hämatologie/Onkologie
- Hautkrebszentrum
- Lungenkrebszentrum
- Neuroonkologisches Zentrum
- Onkologische Tagesklinik
- Palliativmedizin
- Strahlentherapie
- Uroonkologisches Zentrum
- Viszeralonkologisches Zentrum

### Rückmeldung:

---

---

---

---



**Ausgefülltes Formular bitte an Frau Anja Bergemann:**

Mail: [Anja.Bergemann@helios-gesundheit.de](mailto:Anja.Bergemann@helios-gesundheit.de), Telefon: (0385) 520-6381