

Rückmeldung von Komplikationen durch den Einweiser

Ich bitte um Rücksprache (betreffend folgender Punkte):

Tel.: _____ am günstigsten zwischen _____ Uhr

Adresse/Stempel Unterschrift

Bitte um Rücksendung per Post, Fax oder Mail an:

Krukenberg-Krebszentrum Halle
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)

Fax: 0345-557-7720

E-Mail: kkhalle@uk-halle.de

Interne Bearbeitung

Stellungnahme Assistenzarzt: _____

Stellungnahme Oberarzt: _____

Erledigung Assistenzarzt: _____ Oberarzt: _____

Erledigt Datum: _____ Unterschrift: _____