

# Rückmeldebogen

Fax: 0281-104-1558

[Brustzentrum.mhw@prohomin.de](mailto:Brustzentrum.mhw@prohomin.de)

Rückmeldesystem für unsere Einweiser:

Anfordernder Arzt:

Patient\*in (Name, Vorname, Geb.-datum):

**Ich bitte um:**

- Vorstellung in der Sprechstunde
- Zweitmeinung
- Rückruf unter: \_\_\_\_\_
- Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz

Freitext:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax an 0281 104-1558 oder per E-Mail an [brustzentrum.mhw@prohomin.de](mailto:brustzentrum.mhw@prohomin.de) , wir melden uns umgehend zurück.