

Rückmeldebogen

Anliegen, Fragen, Komplikationen zu Patienten des
Darmkrebszentrums Lörrach

Praxisstempel

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Es sind folgende Komplikationen oder Probleme aufgetreten:

- Wundinfekt
- Verdauungsstörungen
- verzögerter Kostaufbau
- Schmerzen, wo _____
- sonstige Beschwerden:
den: _____
- Um Rückruf wird gebeten

Für ÖGD/Colo, Chir.Vorstellung etc. wird um Terminvereinbarung gebeten.

Weitere Aspekte der Zusammenarbeit:

Der Arztbrief ist zeitnah eingetroffen

ja nein

Der Informationsfluss war zufriedenstellend

Ein verantwortlicher Arzt ist für mich erreichbar

Mit den Behandlungsergebnissen bin ich zufrieden

Kreiskrankenhaus Lörrach

Darmkrebszentrum

Dr. Ingo Engel
Leiter Darmkrebszentrum
Leitender Oberarzt Allgemein- und
Visceralchirurgie

Den Rückmeldebogen bitte faxen an:

Zentrumskoordinatorin
Petra Glienke
T 07621/416-8211
Fax 07621/416 8468
glienke.petra@klinloe.de