

Formular
Patientenanmeldung für
Haus- und Fachärzte

Sehr geehrter Kollege / Sehr geehrte Kollegin,

für die Anmeldung eines Ihrer Patienten in unserem Darmkrebszentrum, senden Sie bitte das unten stehende, ausgefüllte Formular entweder per Fax an unser Sekretariat ([Faxnummer 08151-18-2516](tel:08151-18-2516)), oder per E-Mail an eine der folgenden Email-Adressen:

- darmkrebszentrum@starnberger-kliniken.de (Koordinator Dr. med. Thomas Vogel)
- jetlire.zyberaj@starnberger-kliniken.de (Sekretärin der Viszeralchirurgie Jetlire Zyberaj)

Falls Sie sich einen Kontakt unsererseits wünschen, tragen Sie bitte Ihre Telefonnummer, oder Ihre Email-Adresse hier ein:

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Tel.: **08151 18-2173**, sowie den oben genannten Email-Adressen gerne zur Verfügung.

Dr. med. Susanne Rogers
Leiterin des Darmkrebszentrums Starnberg

Datum der Anmeldung:

Vor- und Nachname des Patienten:

Einweisender Arzt:

Kurze Fallbeschreibung/ wichtigste Informationen:

Patient ist mit der Übermittlung seiner Daten an das Darmkrebszentrum einverstanden