

**Formular**  
Rückmeldeformular 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](mailto:darmkrebszentrum@starnberger-kliniken.de) (Koordinator Dr. med. Thomas Vogel)
- [jetlire.zyberaj@starnberger-kliniken.de](mailto:jetlire.zyberaj@starnberger-kliniken.de) (Sekretärin der Viszeralchirurgie Jetlire Zyberaj)

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:

**Bitte nehmen Sie persönlich einen telefonischen Kontakt auf:**

mit mir unter folgender Nummer:

mit dem Patienten unter folgender Nummer:

**Rückmeldung:**