

# **Rückmeldebogen**

## **Fax: 0571-790-294500**

### **Einweiserdaten**

Name des Arztes:

Adresse:

PLZ/Ort:

 / E-Mail-Adresse:

Ihr Anliegen/Beschwerde/Problem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lösungsvorschlag:

Ansprechpartner des Hauttumorzentrums (HTCM):

Frau Dr. med. Mareike Alter (Leitung HTCM)

Frau Yenny Angela (Ärztliche Koordinatorin HTCM)

Herr Helge Wuttig (Nicht-Ärztlicher Koordinator HTCM)

Frau Kerstin Lowke (QMB HTCM)

: 0571-790-2740 Fax: 0571-790-294500

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_