

Rückmeldung von Komplikationen durch den Einweiser

Ich bitte um Rücksprache (betreffend folgender Punkte):

Tel.: _____ am günstigsten zwischen _____ Uhr

Adresse/Stempel

Unterschrift

Bitte um Rücksendung oder Fax an:

Universitätsklinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie
z.Hd. *Frau Leiberich*
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)

Fax: 0345-557-2551

Universitätsklinik für Innere Medizin I
z.Hd. *Frau Sabine Herbaczowski*
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)

Fax: 0345-557-2253

Interne Bearbeitung

Stellungnahme Assistenzarzt: _____

Stellungnahme Oberarzt: _____

Erledigung Assistenzarzt: _____ Oberarzt: _____

Erledigt Datum: _____