

## Rückmeldeformular für Hausärzte und Fachärzte

**Rückmeldung betrifft folgenden Bereich:**

- ☐ Darmkrebszentrum Agatharied    ☐ Endoprothetikzentrum<sub>max</sub> - Orthoclinic Agatharied  
☐ Pankreaszentrum Oberland

**Datum:** .....

**Name:** .....

Bitte nehmen Sie persönlich mit mir Kontakt auf  .....

**Rückmeldung:**

---

---

---

---

---

---



**Ausgefülltes Formular bitte per Mail oder Fax an das Sekretariat Chirurgie & Orthopädie**

chirurgie@khagatharied.de

Fax-Nr. +49 (0) 8026 393 4614

Bei telefonischen Rückmeldungen: +49 (0) 8026 393 2444