

## Rückmeldeformular für Hausärzte und Fachärzte

Rückmeldung betrifft folgenden Bereich:

Endometriosezentrum Agatharied

Datum: .....

Name der Praxis /des Arztes: .....

Telefon  \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ich bitte um:

- Rückruf
- Vorstellung meiner Patientin \_\_\_\_\_ in der Sprechstunde
- Anderes Anliegen

Freitext:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Bitte senden Sie das ausgefülltes Formular per Fax an Frau Kristina Tatzel**

Fax-Nr. +49 (0) 8026 393 4617

Bei telefonischen Rückmeldungen: +49 (0) 8026 393 2333

[gynsek@khagatharied.de](mailto:gynsek@khagatharied.de)