

Darmzentrum Köln Nord-West Rückmeldeformular für niedergelassene Ärzte/innen

Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Interesse einer guten Patientenversorgung und der ständigen Verbesserung unserer medizinischen Versorgung sind wir Ihnen für Ihre Rückmeldung dankbar, falls bei Patienten, die zuvor in unserem **Darmzentrum** behandelt wurden, Komplikationen während der Nachsorge auftreten.

Sie erreichen uns montags bis freitags zwischen 08:00 -16:00 Uhr unter Tel: 0221 5591-1031 oder Sie schicken uns das ausgefüllte Formular an folgende Adresse zurück:

chirurgie.kh-franziskus@cellitinnen.de

Kontakt / Ansprechpartner (bitte Adresse und Telefonnr. des niedergelassenen Arztes angeben)

Patient (bitte Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum angeben)

Beschreibung der Komplikation / der Beschwerden

Ich wünsche eine Rückmeldung

Besten Dank für Ihre Unterstützung!