

Endoprothetikzentrum	Formular FI_Rückmeldebogen Endoprothetikzentrum UKM Marienhospital_EPZ	Version 1 / Dok.-Nr. 78241
		Stand:
		Nächste Revision: 12.10.2025



**Rückmeldebogen Endoprothetikzentrum UKM Marienhospital
(per Fax an 02552 – 79 1417)**

Anliegen, Anmeldungen, Fragen

Datum:

Angaben zum Patienten

Name:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Nebendiagnose:

Ich bitte um:

- Vorstellung in der Indikationsbesprechung
- Zweitmeinung** (bitte aktuelles Bildmaterial -MRT, CT, Röntgen, Szintigrafie- mitbringen lassen)
- OP-Termin
- Terminvergabe für Sprechstunde**
(bitte aktuelles Bildmaterial -MRT, CT, Röntgen, Szintigrafie- mitbringen lassen)
- Rückruf unter

Datum, jeden Montag, 15:00 Uhr

Freitext:

Anfordernder Arzt

Ggfs. Praxisstempel

Unterschrift

Ausgefülltes Formular bitte **faxen** an:

Endoprothetikzentrum UKM-Marienhospital
Chefarzt Herr Dr. Christoph König
(Fax Sekretariat 02552 – 79 1417)

Erstellt durch (Autoren): König, Dr.med. Christoph	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite 1 von 1
---	----------------	--------------------	------------------