

## Rückmeldeformular für Einweiser:

Name:

Datum:

Kontakt unter:

Tel.:

Fax:

Email:

Persönliche Kontaktaufnahme zur Rückmeldung gewünscht

Rückmeldung betrifft folgenden Bereich (bitte ankreuzen):

- Lungenkrebszentrum (Standort Kempten)
- Pneumologie Allgemein (Standort Kempten)
- Pneumologie Allgemein (Standort Immenstadt)
- Thoraxchirurgie (Standort Kempten)
- Weaning-Zentrum (Standort Immenstadt)
- Schlaflabor (Standort Kempten)

Rückmeldung:

---

---

---

---

Bitte senden Sie uns Ihre Nachricht an:

Sekretariat Pneumologie

Email: [pneumologie.sekretariat-kempten@klinikverbund-allgaeu.de](mailto:pneumologie.sekretariat-kempten@klinikverbund-allgaeu.de)

Tel: 0831/530-2382 Fax: 0831/530-2381

verantwortlich:		Freizeichner:	CA Prof. Dr. Christian Schumann
formal geprüft:	OE David Hoffmann	Freigabedatum:	01.01.2023
Version:	01	Rückmeldeformular Einweiser., Ausdruck vom 06.06.2024, Seite 1 von 1	