

DARMKREBSZENTRUM - RÜCKMELDEBOGEN

Bitte senden an: Mail: darmzentrum@kliniken-koeln.de | Fax: +49 221 8907-3059

Patient*in

Name, Vorname

Geburtsdatum

zuletzt behandelnde Abteilung, Ärztin/Arzt

Datum der Anfrage

Anlass der Rückmeldung

- Allgemeine Rückfrage
- Rückfrage zur Tumorkonferenzempfehlung
- Akute Komplikation
- Spätkomplikation
- Auffälliger Nachsorgebefund
- Änderung der Therapie
- Wiedereinstellung

- Sonstiges

Dringlichkeit

- Nicht dringlich
 - Zeitnahe Rückmeldung erbeten
 - Dringende ärztliche Rücksprache erforderlich
 - Aktue Vorstellung/Notfallvorstellung
- Bei akuter Verschlechterung: Bitte direkte Vorstellung über die Zentrale Notaufnahme**

Kurze Schilderung des Anliegens/relevante Befunde

Gewünschtes Vorgehen

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| Telefonische Rücksprache | Stationäre Aufnahme |
| Schriftliche Rückmeldung | Tumorkonferenz |
| Ambulante Wiedervorstellung | Sonstiges: |

Absender*in

Name/Praxis/Klinik

Telefon

E-Mail

Bearbeitung durch das Darmzentrum

Eingang am:	entgegengenommen durch:				
Weitergeleitet an:	Chirurgie	Gastroenterologie	Onkologie	Radiologie	Pathologie
	Koordination DZ	Sonstige			
Bearbeitet durch	Rückmeldung	telefonisch	postalisch	E-Mail	Arztbrief
Ergebnis/Maßnahme					
Dokumentation	Patientenakte/KIS	Tumorkonferenz	QM	Datum/Kürzel	