

## Rückmeldebogen

### Einweiserdaten

Name des Arztes:

Adresse:

PLZ./Ort:

 / E-Mail-Adresse:

### Ihr

Anliegen/Beschwerde/Problem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Lösungsvorschlag:

Ansprechpartner des Hauttumorzentrums( HTCM ):

Dr. Jörg Böttjer ( Leiter des HTCM )

Dr. Henrik Mohme ( Koordinator/QMB )

Nicole Klose ( Study Nurse )

: 0571-790-2740, Fax: 0571-790-294500

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_