

Hautklinik - Allgemeine Dermatologie und Venerologie	Formular Fax Rückrufbitte UKM Hauttumorzentrum	Version 2 / Dok.-Nr. 58469
		Stand: 06.02.2020
		Nächste Revision: 05.02.2022



Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihre Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sie bitten um Rückruf aus dem Hauttumorzentrum bzgl.**

*(bitte ankreuzen und ggf. Notiz hinzufügen)*

- Terminvereinbarung
- Auskunft zu: \_\_\_\_\_
- Sonstiges Anliegen: \_\_\_\_\_



**Dieses Fax senden Sie bitte an 0251 83 55673.**

Erstellt durch (Autoren): Warnking, Katharina	Geprüft durch: Warnking, Katharina am 06.02.2020 (formal) Weishaupt, Dr. Carsten am 06.02.2020 (inhaltlich)	Freigegeben durch: Steinbrink, Univ.-Prof. K am 06.02.2020	Seite 1 von 1
--	---	--	------------------