

**Rückmeldung von Komplikationen durch den Einweiser**

Ich bitte um Rücksprache (betreffend folgender Punkte):

---

---

Tel.: \_\_\_\_\_ am günstigsten zwischen \_\_\_\_\_ Uhr

Adresse/Stempel

Unterschrift

***Bitte um Rücksendung oder Fax an:***

Universitätsklinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie

z.Hd. *Frau Leiberich*

Ernst-Grube-Straße 40

06120 Halle (Saale)

Fax: 0345-557-2551

Universitätsklinik für Innere Medizin I

z.Hd. *Frau Anja Schneider*

Ernst-Grube-Straße 40

06120 Halle (Saale)

Fax: 0345-557-2253

**Interne Bearbeitung**

Stellungnahme Assistenzarzt: \_\_\_\_\_

Stellungnahme Oberarzt: \_\_\_\_\_

Erledigung Assistenzarzt: \_\_\_\_\_ Oberarzt: \_\_\_\_\_

Erledigt Datum:

Unterschrift: