BRUSTZENTRUM
Kiel•Mitte
an der Park-Klinik

Rückmeldung für Zuweiserpraxen

Liebes Zuweiserpraxis-Team,
mit diesem Formular haben Sie die Möglichkeit, uns eine Rückmeldung zu geben.

Vorname
Patientin/Patient: _____

Name
Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Ihre Rückmeldung an uns:

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular über KIM. **Vielen Dank!**
abts_partner-Mammazentrum-SH-Kiel.ap-mvz@praxis.tm.kim.telematik

Ihr Praxis-Team
aus dem Brustzentrum Kiel-Mitte an der Park-Klinik

BZ1008 10_23