



Rückmeldeformular

Bitte faxen an 05251 702 1429

oder postalisch senden an Onkologisches Zentrum des Brüderkrankenhauses Paderborn,  
Husener Str. 46, 33098 Paderborn

- Prostatazentrum
- Darmzentrum
- Lungenzentrum
- Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- Schwerpunkt Penis/Hoden
- Pankreaskarzinom

Art der Meldung:

- Mitbehandler Rückmeldung
- Zentrum Annahmemeldung  
Bei telefonischen Rückmeldungen

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

Funktion \_\_\_\_\_

Rückmeldung:

Name des Meldenden \_\_\_\_\_

Datum der Meldung \_\_\_\_\_

Betrifft Patient

Vor- und Nachname u. Geb-Datum \_\_\_\_\_  nicht zutreffend

Vorbehandelnde Abteilung \_\_\_\_\_

Welche Komplikation ist aufgetreten: \_\_\_\_\_  nicht zutreffend

\_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen? \_\_\_\_\_  nicht zutreffend

\_\_\_\_\_

Sonstiges Anliegen

\_\_\_\_\_

Besteht noch Handlungsbedarf seitens des Zentrums?

- Ja
- Nein

Rückantwort erbeten?

- Ja ☎
- Nein

Rückantwort erfolgt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

## Nur für Zentrumsspezifische Zwecke

Welche Maßnahmen wurden getroffen?

---

---

---

 Keine

Erfolgte eine Interne Weiterleitung?

Ja  Nein

an: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Ist der Grund der Rückmeldung bekannt?

Ja  Nein

Komplikation  Beschwerde  Anregung  Allgemeine Frage

Freitext

---

Wurden interne Ableitungen getroffen?

Ja  Nein

Welche?

---

---

Paderborn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zentrumsbeauftragter

Paderborn, den \_\_\_\_\_  
Nur notwendig wenn QM relevante Ableitungen erfolgten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung Organzentrum