**Fax-Meldung an das Hautkrebszentrum**

**Fax.: 0241-8082413**

|  |
| --- |
| Meldende Praxis: |
|  |

|  |
| --- |
| **Art der Meldung:** *Datum der Meldung:* |
|  | :verstorben |  | :Komplikation |  | :Rückruf erbeten |  | :Brief erbeten |  | :Sonst. |
| *Dringlichkeit:* |
|  | Routine |  | Dringlich |  | Notfall |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Patient (bitte teilanonymisiert mit Initialen und Geb.-Datum) |  |
|  |
| Meldung: *letzter Patientenkontakt:* |  |
|  |

Unterschrift/Stempel