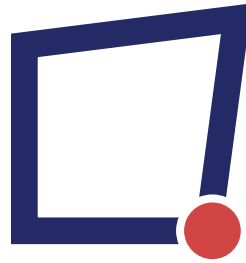


Darmzentrum BwK Ulm

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm



Darmzentrum
BwK Ulm

Fax: 0731-1710 1207

Nachsorgemeldung

Absender

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ergebnis *(durchgeführte Maßnahmen ankreuzen)*

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anamnese | <input type="checkbox"/> Klin. Unters. | <input type="checkbox"/> CEA | <input type="checkbox"/> Sono | <input type="checkbox"/> Rö Thorax |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Rekto/Sigmo | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> _____ | |

Nachsorgedatum

- Nachsorge ohne pathologischen Befund
- Nachsorge mit auffälligem/pathologischen Befund:

Maßnahmen/Konsequenzen:
