



St. Marien-Krankenhaus Siegen

Medizinische Klinik III  
Hämatologie, Medizinische Onkologie  
und Palliativmedizin



## Formular zur Zuweiser-Anfrage

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

Datum: \_\_\_\_\_

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

Behandelnder Facharzt: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

( ) Rückruf unter: \_\_\_\_\_

### Marien Kliniken

St. Marien-Krankenhaus Siegen  
Kampenstraße 51  
57072 Siegen

### Chefärztin

PD Dr. med. Elisabeth Mack

Telefon 0271 231 1302

Telefax 0271 231 1309

[info-onko-zentrum@mariengesellschaft.de](mailto:info-onko-zentrum@mariengesellschaft.de)

Freitext

Anfordernder Arzt: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

ggf. Praxisstempel

### Bitte das ausgefüllte Formular faxen an:

Klinik für Hämatologie, Medizinische Onkologie und Palliativmedizin

Fax an Sekretariat: **0271 231 1309**

Oder per E-Mail an: **[info-onko-zentrum@mariengesellschaft.de](mailto:info-onko-zentrum@mariengesellschaft.de)**