

Alfried Krupp Krankenhaus  
Prostatakarzinomzentrum  
Hellweg 100  
45276 Essen

Sehr geehrte Kollegen,

Senden Sie uns dies:  
per Telefax 0201 805-1131  
oder per [E-Mail](#)  
oder per Post

hiermit bitten wir um

- Allgemeine Kontaktaufnahme
- Informationen zu einem Patienten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Grund für die Kontaktaufnahme:

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Praxis: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_