

# Rückmeldeformular

für Ärzt\*innen

Das Formular ermöglicht Ihnen eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit dem **Pankreaszentrum am Humboldt-Klinikum Berlin-Reinickendorf**.

**Kontakt:**

Chefarzt Prof. Dr. Ulrich Adam

Am Nordgraben 2, 13509 Berlin

Telefon: 030 130121351

Fax: 030 130123191

E-Mail: [Pankreaszentrum.huk@vivantes.de](mailto:Pankreaszentrum.huk@vivantes.de) \*

## Absender

**Name, Vorname:**

**Praxis:**

**Adresse:**

**PLZ, Ort:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Name Patient\*innen:**

**Geb.Datum/Kontakt:**

**Allgemeine und/oder fallbezogene Fragen bzw. Anliegen:**