



**Marien
Kliniken**

St. Marien-Krankenhaus Siegen

Medizinische Klinik III
Hämatologie, Medizinische Onkologie
und Palliativmedizin



ONKOLOGISCHES ZENTRUM
SÜDWESTFALEN

Formular zur Einweiser-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

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**

Marien Gesellschaft Siegen gGmbH
Sitz der Gesellschaft: Siegen HRB 3188
USt.-IdNr.: DE176257881
Aufsichtsrat:
Markus Feldmann (Vorsitzender)

Geschäftsführer:
Hans-Jürgen Winkelmann
Prokurist:
Stefan Leiendecker

Bank für Kirche u. Caritas
IBAN: DE89 4726 0307 0010 4205 00
BIC: GENODEM1BKC

Sparkasse Siegen
IBAN: DE14 4605 0001 0003 1333 37
BIC: WELADED1SIE