



Kontaktformular

Tumorzentrum Kantonsspital Baden

Angaben Absender

Name, Vorname	Telefon
Strasse	Fax
PLZ/Ort	E-Mail:

Allgemeine Fragestellungen/Anliegen/Anregungen

Patientenbezogene Fragestellungen/Anliegen

PatientIn: Name, Vorname	
Adresse	Geburtsdatum

Datum	Stempel/Unterschrift Absender
-------	-------------------------------

Antwort/Stellungnahme der angeschriebenen Stelle im KSB
