



## Formular/Formblatt

### Rückmeldung für allgemeine und fallbezogene Anliegen/Fragen/Anregungen

**Kantonsspital Baden AG**  
Departement Frauen und Kinder  
CH-5404 Baden

Tel. 056 486 35 02  
Fax 056 486 35 09

frauenklinik@ksb.ch  
www.frauenklinik.ch

---

#### Angaben Zuweiser:

---

Vorname/Nachname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Betrifft Fachbereich:  Gynäkologie  
 Geburtshilfe  
 Gynäkologische Onkologie  
 Blasen- und Beckenbodenzentrum  
 Interdisziplinäres Brustzentrum

---

#### Allgemeine Fragestellungen/Anliegen/Anregungen:

---

---

#### Patientenbezogene Fragestellungen/Anliegen:

---

Patientin: Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse/PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

#### Antwort/Stellungnahme Frauenklinik:

---