



# Kontaktformular

## Bauchzentrum Kantonsspital Baden

---

### Angaben Absender

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

### Allgemeine Fragestellungen / Anliegen / Anregungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Patientenbezogene Fragestellungen / Anliegen

PatientIn: Name, Vorname	
Adresse	Geburtsdatum

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum Stempel/Unterschrift Absender

### Antwort / Stellungnahme der angeschriebenen Stelle im KSB

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---