



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