**Strukturbogen**

**Diese Seite ist pro *Brustzentrum* 1x auszufüllen.**

**Brustzentrum:**

 [ ]  1 Standort [ ]  2 Standorte [ ]  3 Standorte [ ]  4 Standorte

**Netzkoordinatorin/Netzkoordinator:**

 **Postanschrift:**

 **Telefon:**

 **Fax:**

 **E-Mail:**

**Qualitätsmanagerin/Qualitätsmanager:**

 **Postanschrift:**

 **Telefon:**

 **Fax:**

 **E-Mail:**

**Diese Seite ist pro *Standort* jeweils 1x auszufüllen.**

**Standort:**

**Kernleistungserbringer**

(Hier tragen Sie bitte alle Kernleistungserbringer für den jeweiligen Standort ein)

**Senologie:**

Postanschrift:

 Telefon:

 E-Mail:

**dgn. Radiologie:**

*ggf. Fahrzeit ab BZ Standort:*

Postanschrift:

 Telefon:

 E-Mail:

**Nuklearmedizin:**

*ggf. Fahrzeit ab BZ Standort:*

Postanschrift:

 Telefon:

 E-Mail:

**Pathologie:**

*ggf. Fahrzeit ab BZ Standort:*

Postanschrift:

Telefon:

E-Mail:

**Onkologie:**

*ggf. Fahrzeit ab BZ Standort:*

 Postanschrift:

 Telefon:

 E-Mail:

**Strahlentherapie:**

*ggf. Fahrzeit ab BZ Standort:*

 Postanschrift:

 Telefon:

 E-Mail:

 **Psychoonkologische Versorgung:**

 Postanschrift:

 Telefon:

 Fax:

 E-Mail:

**Palliativmedizinische Versorgung:**

 Postanschrift:

 Telefon:

 Fax:

 E-Mail:

Die Richtigkeit und Aktualität der Angaben werden bestätigt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Name und Position