**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