

## KONTAKTFORMULAR für eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen einen operativen Eingriff an Schulter, Knie oder der Wirbelsäule empfohlen oder rät Ihnen zu einer Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie wegen einer Krebserkrankung. Sie sind jedoch unsicher und fragen sich, ob diese(r) wirklich notwendig ist oder möglicherweise durch eine andere therapeutische Maßnahme vermieden werden kann?

Gerne vermitteln wir Sie in diesem Fall an einen kompetenten Fachexperten. Sie erhalten so die Möglichkeit, zur weiteren Behandlung Ihrer Erkrankung eine zweite Meinung einzuholen.

Mit freundlichem Gruß und gute Besserung  
Ihre KNAPPSCHAFT

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum	Krankenversicherturnummer
Straße:	Nr.:
PLZ:	Ort:
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Ich benötige eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zu:

- Schulter
- Knie
- Wirbelsäule
  
- Magenkrebs
- Darmkrebs
- Lungenkrebs
- Leukämie
- Lymphome
- Hämatologie
- Prostatakarzinom
- Nierentumor

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachbereich Kunde & Markt**  
**Dezernat für Kundenservice**  
**Knappschaftstr.1**  
**44799 Bochum**

oder per e-mail:  
[kdn.knappschaft@md-medicus.net](mailto:kdn.knappschaft@md-medicus.net)