

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem  
Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

**Rückfax an:**  
Sekretariat 4. Medizinische Klinik  
per FAX: 0355 463149  
E-Mail: 4.Med.Klinik@mul-ct.de

IV. Medizinische Klinik  
Schwerpunkt:  
Gastroenterologie-Hepato­logie/  
Rheumatologie  
Rheumazentrum des Landes Brandenburg

**Dr. med. T. Kleemann**  
kommissarischer Chefarzt

## Anmeldeformular

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Hausarzt/einweisende Klinik

Name/Praxis-, Klinikstempel: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Faxnummer: \_\_\_\_\_

Einweisungsdiagnose: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Kurzanamnese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allgemeinzustand: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fragestellung/gewünschte Untersuchung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte übersenden Sie uns relevante Vorbefunde und einen aktuellen Medikamentenplan.**