

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-Hepato-logie/
Rheumatologie
Rheumazentrum des Landes Brandenburg

Prof. Dr. med. P. Strnad
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.