

Patientendaten (Chipkarte)



**Klinikum Brandenburg**  
Hochschulklinikum der MHB

**Zentrum für Innere Medizin II**  
Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie

**Klinikdirektor**  
**Prof. Dr. med. S. Lüth**  
**Abt. Gastroenterologie/Diabetologie**

**Klinikdirektor**  
**Prof. Dr. med. P. M. Deckert**  
**Abt. Hämato-Onkologie/ Palliativmedizin**

**Telefon:** (03381) 41 1600

**Telefax:** (03381) 41-1609

**e-Mail:** innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
Zentrum für Innere Medizin II  
Hochstraße 29  
14770 Brandenburg an der Havel

## Anmeldung zu elektiver Diagnostik / Therapie

Bitte per Fax an (03381) 41-1609 oder per Post an oben stehende Adresse.

Eine PDF-Version dieser Anmeldung steht zum Download bereit  
(<http://www.klinikum-brandenburg.de/innere-ii/informationen-fur-arzte>)

**Ambulante Untersuchung:**  
(Überweisung erforderlich)

Kurative Coloskopie     Vorsorgecoloskopie

**Stationäre/ prästationäre  
Diagnostik/ Therapie:**  
(Einweisung erforderlich)

Abklärung Gallenwegserkrankung (Endosono/ERCP)  
 Unklare abdominelle Beschwerden  
 Dysphagie / therapieresistente Refluxbeschwerden  
 Endoskopische Intervention: \_\_\_\_\_  
 Diagnostik bei Verdacht auf Tumorerkrankung  
 Diagnostik bei hämatolog. Erkrankung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Infektiös? (z.B. HIV? MRSA?) \_\_\_\_\_

Erst-     Folgevorstellung

**Fragestellung und anamnestische Angaben:**

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

Anfordernder Arzt

Praxisstempel

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Datum, Unterschrift

Vorbefunde anbei     dringlicher Termin erbeten!     Gerinnungshemmende Medikation

Wird durch Zentrum für Innere Medizin II ausgefüllt

Termin IAZ: \_\_\_\_\_ Termin Untersuchung: \_\_\_\_\_

stationäre Aufnahme     Untersuchung am Aufnahmetag: \_\_\_\_\_  
 prästationäre Untersuchung: \_\_\_\_\_  Bett in Reserve

Sollten Sie weitere Informationen benötigen bitten wir freundlich um telefonische Nachfrage unter (03381) 41-1610 (Sekretariat)