Interdisziplinäre Fallkonferenz am Rheumazentrum Rostock

Patientenanmeldung bis Mittwoch 12:00 Uhr:
Fax: 0381/4401-3099, E-Mail: inn2@kliniksued-rostock.de

Patientenvorstellung Donnerstag 14:00 Uhr
Raum CO 66, ChÄ Dr. med. F. Fieber

Datum:

Teilnehmer:

Patient:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

☐ telefonische Vorstellung ☐ Videokonferenzteilnahme ☐ Vorstellung vor Ort:

☐ Erstvorstellung ☐ Wiedervorstellung (letztmalig:_____)

Name des/der Arztes/Ärztin:

Klinik / Praxis:

Diagnose:

Kurze Anamnese:

Aktuelles Beschwerdebild:

Fragestellung:

Entscheidung der Rheumatologischen Fallkonferenz:

Datum:

Komm.Chefärztin Dr. med. F. Fieber
Leitung Rheumazentrum

Entscheidung an Anmelder übermittelt (Datum + Handzeichen):