



**JOHANNITER**

Medizinisches Versorgungszentrum  
Treuenbrietzen

Johanniter GmbH, Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen  
Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen

## Anmeldung zur Früharthritissprechstunde

MVZ Treuenbrietzen  
Rheumatologische Schwerpunktpraxis

**Fax: 033748 8-2575**

**Johanniter  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Treuenbrietzen GmbH**

Johanniterstraße 1  
14929 Treuenbrietzen  
www.mvz-treuenbrietzen.de

**Rheumatologische Schwerpunktpraxis  
Alexander Scheibert**

Tel. 033748 8-2574  
Fax 033748 8-2575  
E-Mail rheumatologie@  
mvz-treuenbrietzen.de

**Name/Vorname des Patienten:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse und Telefonnummer des Patienten:**

Wir teilen den Patienten den vereinbarten Termin mit!

**Aktuelle Beschwerden:**

Seit: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Monat/Jahr (unbedingt angeben)  
(> 6 Wochen ≤ 6 Monate)

**Ihre Verdachtsdiagnose/Fragestellung:**

**Aktuelles Labor** (bitte unbedingt angeben, falls bestimmt):

Rheumafaktor: \_\_\_\_\_

**Ihre Praxis-Adresse** (Stempel, Tel.-Nr./Fax-Nr.)

CCP-AK: \_\_\_\_\_

BSG: \_\_\_\_\_

CrP (quant.): \_\_\_\_\_ Normwert:

Weitere wichtige Befunde bitte als Anlage (auch per Fax) senden.

**Bitte geben Sie der Patientin/dem Patienten alle sonstigen Vorbefunde  
(Rö-Bilder, Labor, Arztbriefe, aktuelle Medikamentenliste) und den  
Überweisungsschein zum vereinbarten Termin mit. Vielen Dank.**

Geschäftsführer:  
Vivian Voigt  
Dr. Thomas Krössin

Prokuristen:  
Siegrun Böttcher  
Mirko Rücker

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN DE56 1605 0000 3660 0042 26  
BIC WELADED1PMB

Im Verbund der  
**Diakonie**