

Fetalzentrum Leipzig (FZL)

Department für Frauen- und Kindermedizin

Professor Dr. med. Holger Stepan
Abteilung für Geburtsmedizin

Professor Dr. med. Holger Till
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Anmeldung

Patientendaten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Gestationsalter: _____ Err. Geburtstermin: _____

Verdachtsdiagnosen:

Rückantwort erbeten an:

Überweiser: _____

Kontaktdaten: Fax: _____

Email: _____

Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte per Fax an: 0341-9723599