

Anmeldung Urologie

Urologische Klinik | T +41 55 418 53 00 | sekretariat.chirurgie@einsiedeln.ameos.ch

Zuweiser

Name/Vorname _____ E-Mail _____
Praxis/Klinik _____ Ort/Datum _____
Telefon _____

Patient/Patientin

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon privat _____
Strasse/Nummer _____ Mobile _____
PLZ/Wohnort _____ Krankenkasse _____

Versicherung Allgemein Halbprivat Privat
Zeitpunkt notfallmässig baldmöglichst gelegentlich

Abklärungen

- Urologische Beurteilung und Behandlungsvorschlag/-einleitung
- OP-Besprechung/Planung
- Verlaufskontrolle
- Wundbeurteilung und Behandlung (Wundsprechstunde)

Labor

Quick _____ INR _____ Tc _____ Datum _____

Indikation/Fragestellung

Medikamente

Bemerkungen
