

Stempel

FAX-Anmeldung für die Urologie**FAX-NR. +43/463/538/34859****Patientenname**

(Vor- u. Familienname bitte in Blockbuchstaben)

Geburtsdatum

.....

Sozialversicherungsnummer

.....

Telefonnummer

.....

Anschrift:

.....

☐ SKL☐ AKL**Geplanter Eingriff**

(Bitte sämtliche Unterlagen wie Arztbriefe, Histologien u.s.w. mitfaxen)

Dringlichkeit:☐ hoch☐ normal**Bei RP:****PSA**ng/ml**Gleason****Datum PP****ESWL:**☐ HL-Stein☐ NB-Stein☐ Kelchstein**Antikoagulantia:**☐ Ja, welche☐ Nein**Sonstiges**

.....

Termine für die Spezialambulanz / Tageschirurgie

- ☐ Allgemeine Ambulanz und Planung tageschirurgischer Eingriffe
- ☐ Urodynamik
- ☐ Onkologische Ambulanz
- ☐ Kinderurologie Ambulanz
- ☐ Andrologische Ambulanz

Datum der Anmeldung