

Patientendaten: (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)	Arztstempel
Telefon Festnetz:	
Handy:	

Klinikum Leverkusen gGmbH
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Klinik für Urologie
 Direktor Priv.-Doz. Dr. D. Porres

**Prostatazentrum
 im DVPZ e.V.**
 Zertifiziert nach
 DIN EN ISO 9001:2008



Patienten-Anmeldung in der Klinik für Urologie

Bitte per Fax: 0214 13-2057 – Bitte deutlich schreiben!

Diagnose/Verdachtsdiagnose
geplante Operation:

Fragestellung/besondere Hinweise:
<input type="checkbox"/> ASV (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116)

<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> gesetzl. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer <input type="checkbox"/> wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/> Allgemeinsprechstunde Spezialsprechstunden: <input type="checkbox"/> Beckenbodenzentrum <input type="checkbox"/> Kinderurologie <input type="checkbox"/> Karzinomsprechstunde
---	---

<input type="checkbox"/> Eilt	Grund:
-------------------------------	--------

Bemerkung (z.B. Wunschtermin d. Patienten, Urlaub o.ä. geplant)

Datum und Unterschrift des Anmelders

Interne Vermerke (wird vom Klinikum ausgefüllt)

Termin am:	Patient informiert am:
prästationär:	
stationär:	
ambulant:	