

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Patientendaten:</b> (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  
Uro-Cert Verband  
urologischer  
Kompetenzzentren  
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<br><input type="checkbox"/> Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> gesetzl. <input type="checkbox"/> privat<br><input type="checkbox"/> Chefarzt<br><input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer<br><input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer<br><input type="checkbox"/> wenn ja, welche?: _____ | <b>Sprechstunde:</b><br><input type="checkbox"/> Allgemeinsprechstunde<br><input type="checkbox"/> Beckenbodenzentrum<br><input type="checkbox"/> Kinderurologie<br><input type="checkbox"/> Karzinomsprechstunde<br><input type="checkbox"/> <b>Tumorkonferenz (Do 16:00, webbasiert)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Anfrage</b> |
| <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:     |                        |