

## 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

---

---