

Anmeldeformular Urologie

Dr. med. Nadja Engel FMH Urologie

Mail: med-in@hin.ch Fax: 044 461 18 47

Name und Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Strasse des Patienten

Wohnort des Patienten

Mobile- Nummer

Versicherung des Patienten

Krankenkassennummer

Grund der Überweisung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom- Vorsorge/ -Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Hämaturie |
| <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Andrologie/ Erektile Dysfunktion |
| <input type="checkbox"/> Vasektomie | <input type="checkbox"/> _____ |

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allg. urologische Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Flexible Zystoskopie |
| <input type="checkbox"/> Sonographie Urogenitalsystem | <input type="checkbox"/> Prostata- Biopsie |

Weitere Diagnosen:

Medikamente:

Zuweisende(r) Ärztin/ Arzt
Datum, Stempel und Unterschrift