**Überweisungsformular**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum Patienten / zur Patientin** | |
| Anrede |  |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Strasse, Nr. |  |
| PLZ, Wohnort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Grundversicherung |  |

|  |
| --- |
| **Überweisender Arzt** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Überweisungsgrund** | |
| Check-up | Erhöhter PSA-Wert: |
| Prostatahyperplasie Symptomatik | Nierensteine |
| Harnwegsinfektion | Mikro-/Makrohämaturie |
| Erektile Dysfunktion | Skrotale Beschwerden |
| Abgeschlossene Familienplanung/Vasektomie | Phimose |
| Zweitmeinung bezüglich: | Tumor des Urogenitaltrakts,  spezifisch: |
| Andere: |

|  |
| --- |
| **Anamnese / Befund** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin** | |
| Patient meldet sich selbst | Patient soll aufgeboten werden |
| Patient hat bereits einen Termin | Telefonisch  per Mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beilagen** | | |
| Berichte | Röntgen/MRI Bilder | Laborbefunde |
| Werden diesem Formular  beigelegt | Werden separat  gesendet | Bringt der Patient mit |

Datum: 19.01.22