**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