

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