

ZUWEISERFORMULAR

Personalien des Patienten

Anrede

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

E-Mail Adresse

Strasse & Hausnummer

Telefon

PLZ & Ort

Krankenkasse

Diagnose / Fragestellung

Angaben Zuweiser

Anrede

E-Mail Adresse

Titel

Telefon Geschäft

Vorname, Nachname

Unterschrift /Stempel

Gewünschte Behandlung oder Abklärung

Abklärungen

- Allgemeine urologische Abklärungen
- Makrohämaturie
- Mikrohämaturie
- Erektile Dysfunktion
- Unerfüllter Kinderwunsch

Niere

- Koliken
- Stauung
- Unklare Schmerzen

Blase

- Harnwegsinfekt
- Blasenfunktionsstörung
- Restharnbildung

Restharnbildung (falls gemessen in ml)

Weitere Anmerkungen

Bemerkungen (Kopien, Laborbefunde usw. zum Formular dazulegen)

Skrotum

- Schmerzen
- Veränderungen
- Tumor

Prostata

- PSA Erhöhung
- Hyperplasie
- Prostatitis

Sonstiges

- Phimose
- Besprechung Vasektomie
- Besprechung Zikumzision/ Frenulotomie

Bemerkungen wie z.B. nicht aufgeführte Behandlungen o.ä.