

Anmeldung Kontinenzberatung

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
(Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Indikation:

- Urininkontinenz Mann/Frau
 Stuhlinkontinenz
 Instruktion Intermittierender Selbstkatheterismus
 Nachsorge nach Anlage Neoblase
 Andere

Behandlungsart:

- Beratung durch Fachfrau Kontinenz
 Besprechung des Befundes mit Facharzt Chirurgie/Gynäkologie/Urologie
 Abklärung in einer unserer fachärztlichen Sprechstunden

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten bei Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Angaben vom Kostenträger auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versichertenkarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Fragestellung / Bemerkungen:

Beilagen:

- Operationsbericht
 Verlaufsbericht

