

## Anmeldung Spezialsprechstunden Urologie

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Zuweisende(r) Ärztin /Arzt

(Stempel und Unterschrift):

Datum: \_\_\_\_\_

### Kostenträger:

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P  
Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P

*Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.*

### Gewünschte Sprechstunde (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Urologische Sprechstunde                          | <input type="checkbox"/> Urologie für die Frau (Dr. Simone Brunnschweiler) |
| <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde Uroonkologie / Tumorchirurgie (Da Vinci) | <input type="checkbox"/> Standort Spital Limmattal                         |
| <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde Andrologie / Erektionsstörungen          | <input type="checkbox"/> Standort Praxis für Urologie Affoltern am Albis   |
| <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde Nieren-Harnleitersteine                  | <input type="checkbox"/> Standort Praxis für Urologie Dietikon             |

### Diagnosen:

### Fragestellung:

### Medikamente:

### Voruntersuchungen (falls vorhanden bitte mitgeben):