

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse

GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin

dringend Patient:in meldet sich Termin vereinbaren ab
 Termin vereinbart am ::

Gewünschte Untersuchung

Allg. urologische Abklärung Makrohämaturie Anderes (bitte angeben)
 Erektile Dysfunktion Microhämaturie
 Unerfüllter Kinderwunsch

Anamnese / Indikation / Fragestellung

Niere: Koliken Stauung Unklare Schmerzen Skrotum: Schmerzen Veränderungen Tumor
Blase: Harnwegsinfekt Blasenfunktionsstörung Restharnbildung: (falls gemessen ml)
Prostata: Hyperplasie Prostatitis PSA Erhöhung: (letzter Wert ul/l Datum)
Sonstiges: Phimose Bespr. Vasektomie Bespr. Vasovasostomie

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausärzt:in

Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen