



Zuweisung Klinik für Urologie Waid

Zuweisungsmodus

- Sprechstunde Stationäre Aufnahme

Patientenangaben

- Frau Herr

Name Vorname

Telefon E-Mail

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum Arbeitgeber

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung)

Versicherungsnummer Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat

Diagnose

.....

.....

.....

Begleiterkrankungen

.....

.....

.....

Bemerkungen

.....

.....

.....

Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name Vorname

Praxisname E-Mail*

Telefon* Fax*

Strasse* PLZ/Ort*

Datum Unterschrift

*Nur bei Erstzuweisung notwendig