

## Anmeldung zur urologischen Sprechstunde

Senden an: F +41 55 418 53 78

### Patient/in

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Abklärungsdatum \_\_\_\_\_

Notfallmässig

Abklärungsdatum \_\_\_\_\_

Elektiv

Dr. med. univ. Ali Al-Rifai  
Chefarzt Urologie

Bitte Patient/in direkt aufbieten

### Chirurgische Abklärungen

- Urologische Beurteilung und Behandlungsvorschlag/-einleitung
- OP-Besprechung/Planung
- Verlaufskontrolle
- Wundbeurteilung und Behandlung (Wundsprechstunde)
- \_\_\_\_\_

Quick und Thrombozyten

Quick \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ Tc \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Indikation/Fragestellung

---

---

---

---

---

---

---

Medikamente

---

---

---

---

---

---

---

Zuweisender Arzt

---

Ort/Datum

---

### Bericht an zuweisenden Arzt

- Schriftlich    Telefonisch    Kein Bericht notwendig