

Praxisstempel

**Patientenanmeldung**

Bitte per Fax an 07031/98-12342

**Patientenname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Versicherung**     Gesetzlich     Privat

**Ärztliche Wahlleistung**     Ja     Nein     1-Bett     2-Bett

Dr.

**Operation/Eingriff**

- starr/flexible/diagnostische URS     PCNL     ESWL  
 TUR-Blase     TUR-Prostata (Vol. <50 ml)     HoLEP (Vol. >50 ml)  
 Rezum     Urethrotomie/Turner-Warwick     Prostatastanzbiopsie  
 DJ     PCN     SPF     Zirkumzision     Hydrozele/Spermatozele/Varikozele  
 Radikale Prostatektomie     Nierentumorresektion/Nephrektomie  
 Radikale Zystektomie     Harnröhren-Rekonstruktion  
 TVT/TOT/Advance-Band     Sakrokolpopexie  
 Artificieller Sphinkter  
 Urodynamik

andere

**Sprechstundentermin**

- Privatsprechstunde     Prostatadiagnostik/Benignes Prostatasyndrom  
 funktionelle Urologie/Kontinenz     Uroonkologie/medikamentöse Tumorthherapie  
 Kinderurologie     Steintherapie

**Anlagen:**