


□


Praxis/-stempel - Zuweiser -
Bitte geben Sie Ihre Rückrufnummer an.



Klinik für Urologie und Kinderurologie
Univ.-Prof. Dr. A. J. Schrader
Direktor

Case Management

 0251-83-47467

 0251/83-48492

Stationäre Zuweisung/Behandlungsauftrag

- Ihre Anfrage wird bis zum nächsten Arbeitstag 14 Uhr bearbeitet.
- Für dringende Einweisungen nehmen Sie bitte telefonisch Kontakt mit uns auf: 0251/83-47467

Angaben Patientin/Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Versicherungsstatus: GKV PKV

Adresse: _____

Diagnose: _____

indizierte Leistung/Eingriff:

Ihre Bemerkungen (Rückrufwunsch, zeitliche Wünsche des Patienten, ggf. Vorbefunde etc.):

Datum, Unterschrift

Vielen Dank! Ihr Team vom Case Management Urologie