

**Faxanmeldung Stationäre Behandlung
 Klinik für Urologie**

Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
 Zeisigwaldstraße 101
 09130 Chemnitz
 Tel.: 0371-430-1810
 Fax: 0371-4301813

Datum: _____

Telefon Patient: _____

Diagnose:

Anmeldung zur:

Prostata

- TUR – P Vol. _____
- Offene Adenomektomie
- Laser TUR - P
- stationäre Biopsie
- GM/SpaceOAR-Implantation

- MR Fusionsbiopsie
- mpMRT bitte veranlassen (Implantate/Schrittmacher?)

- mpMRT erfolgt am: _____
- letzte Biopsie am: _____

- PSA: _____

- lap. Varicoceleen OP
- Uretrotomia interna

Blase

- TUTUR
- NR
- Diagn. Cystoskopie mit PE`s
- Blasensteinlithotripsie
- Cystektomie
- Sonstiges _____

- stationäre
- Circumcision
- Hydroceleenresektion

Niere

- Nierenbeckenplastik
- Nierentumor
- Sonstiges _____

- Steinsanierung
- Sonstiges _____

- Pigtail Anlage
- SFK Wechsel
- NFK

- UDM
- Inkontinenzsprechstunde (Tel. 430 1793)
- Kinderurologie (Tel. 430 1739)

Wunschtermin des Patienten: _____

Sonstiges/Besonderheiten/Blutverdünner

 Unterschrift/Stempel (einweisender Arzt)

Wird von Klinik ausgefüllt!

stationäre Aufnahme am: _____ OP am: _____

Voruntersuchung am: _____ Handzeichen: _____