



# AMBULANT

**Versicherungsstatus ambulant:**

**Gesetzlich**     **Privat**

**Telefonnummer:**

**Frau**

**Mann**

**Isolationspflichtig (z.B. MRSA/ ESBL u.a.):**  **Ja**     **Nein**

**Gesetzlich betreut:**     **Ja**     **Nein**

**Anmeldung für:**

**Spezialsprechstunde**     **Chefambulanz**     **Urodynamik**

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

**Ambulante Eingriffe:**

**Prostatabiopsie**     **mit MRT-Fusion**     **mit Elastographie**

**Zystoskopie**     **retrograde Darstellung**

**DJ-Wechsel**     **DJ-Entfernung**

**Mono-J-Wechsel**     **Mono-J-Entfernung**

**PCN-Wechsel**     **Zirkumzision**

**Vasektomie**     **Varikozele**

**Andere:**

**besondere medizinische Dringlichkeit**

**ja**     **nein**

**Ablauf:**

**Praxis über Termin informieren**

**Patient über Termin informieren**

Praxisstempel/Unterschrift