



STATIONÄR

Versicherungsstatus ambulant:

Gesetzlich **Privat**

Telefonnummer:

Frau

Mann

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

Gesetzlich betreut:

Ja **Nein**

Gerinnungsmedikamente:

Ja **Nein**

Diabetesmedikamente:

Ja **Nein**

Geplanter Eingriff:

Radikale Prostatektomie

offen **Da Vinci**

PSA: Gleason: Biopsie-Datum:

HIFU Prostata (Focal One)

TUR-Blase

TUR-Prostata; PSA: _____

Revolix-Laser-Prostata; PSA: _____

Greenlight-Laser Prostata; PSA: _____

Prostatabiopsie in Narkose; PSA: _____

Urethrotomie/Anastomoseninzision

URS

PCNL

ESWL

Hydrozele

Spermatozele

Andere OP:

besondere medizinische Dringlichkeit

Ja **nein**

Praxisstempel/Unterschrift

Ablauf:

Praxis über Termin informieren

Patient über Termin informieren