

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Geschlecht:  M  W

### Wohnadresse:

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Zuweisungsgrund:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niere            | <input type="checkbox"/> Nebenniere      | <input type="checkbox"/> Harnleiter       | <input type="checkbox"/> Harnblase        |
| <input type="checkbox"/> Prostata         | <input type="checkbox"/> Harnröhre       | <input type="checkbox"/> Penis            | <input type="checkbox"/> Hoden/Nebenhoden |
| <input type="checkbox"/> Steinleiden      | <input type="checkbox"/> Inkontinenz     | <input type="checkbox"/> Miktionsprobleme | <input type="checkbox"/> Infekte          |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge         | <input type="checkbox"/> Nachsorge       | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen  | <input type="checkbox"/> Potenzstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Vasektomie       | <input type="checkbox"/> Vaso-Vasostomie | <input type="checkbox"/> Familienplanung  | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch     |
| <input type="checkbox"/> Katheterprobleme | <input type="checkbox"/> check-up        | <input type="checkbox"/> Männerbrust      | <input type="checkbox"/> Phimose          |

### Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Versicherungsstatus:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort/Sektion: \_\_\_\_\_

Allgemein Kanton  Allgemein ganze Schweiz  Halbprivat  Privat  Selbstzahler

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Ort/Sektion: \_\_\_\_\_

### Zuweisender Arzt

Zuweisender Arzt /Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_