



Personalien

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____

Geschlecht: M W

Wohnadresse:

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobile: _____

Telefon Geschäft: _____ E-Mail: _____

Zuweisungsgrund:

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

Bemerkungen:

Versicherungsstatus:

Krankenkasse: _____ Ort/Sektion: _____

Allgemein Kanton Allgemein ganze Schweiz Halbprivat Privat Selbstzahler

Zusatzversicherung: _____ Ort/Sektion: _____

Zuweisender Arzt

Zuweisender Arzt /Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____