

**Faxanmeldung**  
**Prostatakarzinomdiagnostik / Prostatastanzsprechstunde**  
Urologie Augusta Bochum

**Fax: 0234 517 2653**

Überweisung reicht !!!

**Patient:**

Name ..... Vorname .....,

Geb. Datum .....,

Tel. Nr. .... Wunschzeit Telefonat .....,

PSA-Wert: ..... vom .....

**Wir wünschen für unseren Patienten (bitte ankreuzen)**

- Prostatastanzbiopsie, transrektal konventionell  
Pat ist aufgeklärt, hat Antibiotikaprophylaxe
- Prostatastanzbiopsie/Fusionsbiopsie: Klinik klärt auf und bereitet alles vor
- Klinik führt Prostata MRT und Beratung durch, evtl. Fusionsbiopsie

Sonderwünsche/Bemerkungen: .....

.....

.....

**Unsere Rück-Antwort für Ihre Praxis:**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
vielen Dank für Ihre Überweisung:

Wir haben für Ihren Pat. einen Termin am ..... vereinbart.

Ihre  
Urologie Augusta Bochum

**Fax-Anmeldung OP-Termin Urologie Bochum**  
**Fax-Nr: 0234-5172653**

**Einweiser bitte ausfüllen – Herzlichen Dank**  
Wir rufen Ihren Patienten an und informieren Sie durch die  
Rücksendung dieses Fax über den vereinbarten Termin

Einweiserinfo -  
**Hier Ihr Stempel bitte !**

<b>Patientenname</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geb. Dat.</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Chefarztbehandlung</b>	
<b>Diagnose</b>	
<b>Gewünschter Eingriff</b>	
<b>Telefonnummer Patient</b>	
<b>Wunschzeit Telefonat</b>	

**Terminsekretariat**

bitte Patienten anrufen, ausfüllen, nach Terminvereinbarung dann bitte umgehend Rückfax an die einweisende Praxis

<b>Prästationärer Termin:</b>	
<b>Stationäre Aufnahme:</b>	
<b>Handzeichen Sekretariat</b>	