



## Stationäre Terminvereinbarung

Faxnummer: 0211 / 4400 2341

Einweisende Praxis - bitte Praxisstempel mit Faxnummer

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

**Klinik für Urologie**  
Uro-Onkologie und Kinderurologie

**Chefarzt**  
Prof. Dr. med. Patrick J. Bastian

Zentrum für interdisziplinäre  
robotische Operationen (ZIRO)

**Ärztliche Leitung**  
PD Dr. med. R. Rabenalt

**Heutiges Datum und Uhrzeit:** .....

Wir bitten um einen stationären Aufnahmetermin für:

**Vorname:** .....

**Nachname:** .....

**geb. am:** .....

**Telefon:** .....

**Geschlecht:**       männlich                       weiblich

**Diagnose:** .....

**Gewünschter Eingriff:** .....

**Besonderheiten (z.B. Gerinnungshemmer):** .....

**Art der Versicherung:** .....

**Telefonische Rücksprache mit Arzt erwünscht:**       ja       nein

---

**Bestätigung des Termins durch die Klinik für Urologie**

	<b>Wochentag</b>	<b>Datum</b>	<b>Uhrzeit</b>	<b>Station</b>
<b>Prästationärer Termin</b>				
<b>Stationäre Aufnahme</b>				

**Patient ist informiert:**                                       ja       nein

**Datum und Anmeldekraft:** .....