



## 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**

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

**Patient ist informiert:**     ja       nein

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