

# FAX-Anmeldung

Urologische Klinik  
zur stationären Behandlung im

040 / 2546 - 2440

UROLOGISCHE KLINIK  
ALFREDSTRASSE 9  
22087 HAMBURG



MARIEN  
K R A N K E N H A U S

CHEFARZT: DR. MED. FERNANDEZ DE LA MAZA

Telefon : 040 / 25 46 - 2441  
Telefax : 040 / 25 46 - 2440  
E-mail:

einweisender Arzt: (Praxisstempel)

Patient: männl.:  weibl.:    

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_





Anschrift: \_\_\_\_\_

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

Vorwahl/Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax /E -Mail: \_\_\_\_\_

Diagnose:
vorgesehene OP:
prae op. Befunde:
Terminwunsch:

  Terminvereinbarung direkt mit dem Patienten erbeten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
  Erbitten Rücksprache mit der Praxis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------