**Klinik für Urologie Tübingen**

**Faxnummer: 07071/29-84170**

**Patientendaten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** |  | |
| **Vorname** |  | |
| **Geb. am** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **Telefonische Erreichbarkeit des Patienten** |  | |
| **Diagnose** |  | |
| **Therapievorschlag** |  | Stationär  ambulant |
| **Blutverdünner?** |  | |
| **Bilder/ schriftl. Befunde übermittelt** |  | |
| **Vers. Status** |  | |
| **AZ nach ECOG/ Karnofsky-Index** |  | |

**Zur Sicherheit des Patienten und für einen reibungslosen Ablauf bitten wir eine Woche vor der geplanten stationären Aufnahme um eine mikrobiologische Urinuntersuchung mit ggf. testgerechter, antibiotischer Anbehandlung und einen aktuellen Medikationsplan.**

**Viele Grüße und vielen Dank!**

Das Belegungsmanagement

der Urologie

Zuweisende Arztpraxis: