

Anmeldung Kontinenzberatung

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
 (Stempel und Unterschrift):

 Datum: _____

Indikation:

Urininkontinenz Mann/Frau
 Stuhlinkontinenz
 Instruktion Intermittierender Selbstkatheterismus
 Nachsorge nach Anlage Neoblase
 Andere _____

Behandlungsart:

Beratung durch Fachfrau Kontinenz
 Besprechung des Befundes mit Facharzt Chirurgie/Gynäkologie/Urologie
 Abklärung in einer unserer fachärztlichen Sprechstunden

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
 Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten bei Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Angaben vom Kostenträger auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versichertenkarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Fragestellung / Bemerkungen:

Beilagen: Operationsbericht _____
 Verlaufsbericht _____