**Personalien**

Name: Vorname:

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

Geschlecht:  M  W

**Wohnadresse:**

Strasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLZ: Ort:

Telefon Privat: Mobile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Geschäft:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Zuweisungsgrund**

Niere

/Nebenniere

Harnleiter

Harnblase

Prostata

Harnröhre

/ Penis

Hoden/Nebenhoden

L

eisten

schmerzen

Steinleiden

Infekt

e

Inkontinenz

Miktionsprobleme

Katheterprobleme

Vorsorge

/che

ck

-

up

Nachsorge

Hormonstörungen

E

rektionsstörungen

Vasektomie

Vaso

-

Vasostomie

Männerbrust

Kinderwunsch

**Bemerkungen:**

**Versicherungsstatus:**

Krankenkasse: Ort/Sektion:

 Allgemein Kanton  Allgemein ganze Schweiz  Halbprivat  Privat  Selbstzahler

**Zuweisender Arzt /Ort:**

**Datum: Unterschrift / Stempel:**