



**Zuweiserformular**

**AKH-URO-FM**

gültig ab: 28.08.2020

Version: 02

Seite 1 von 2

Nachname \_\_\_\_\_  männlich /  weiblich

Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ SozialversicherungsNr.: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Allgemeinklasse  Selbstzahler  Sonderklasse:  Einzelzimmer  Mehrbettzimmer

**Diagnose** \_\_\_\_\_

**Histologie** \_\_\_\_\_

- Aufnahme zu \_\_\_\_\_
- Vorstellung in der Ambulanz: Urologie 8D, AKH Wien

Der zugewiesene Patient hat alle Befunde von anderen Erkrankungen, früheren Krankenhausaufenthalten, sowie vorhandene CD´s (Röntgenbilder, CTs, MRTs...), Implantatpässe usw. mitzubringen.

**Mitzubringende Befunde**

<p><b>Labor (nicht älter als 4 Wochen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Blutbild, Thrombozyten</li> <li><input type="checkbox"/> Blutgruppe</li> <li><input type="checkbox"/> Gerinnung (pTT, PTZ, NT, Fibrinogen, INR bei Marcoumar- oder Sintromtherapie)</li> <li><input type="checkbox"/> Leberfunktionsparameter (GOT, GPT, GGT, LDH, AP, Amylase, Lipase, Bilirubin, Albumin)</li> <li><input type="checkbox"/> BUN, Kreatinin, Harnsäure, Elektrolyte (Na, K, Ca, Cl, Phosphat, Magnesium), CRP</li> <li><input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin, LDL-, HDL-Cholesterin, Triglyzeride</li> <li><input type="checkbox"/> TSH</li> <li><input type="checkbox"/> HIV-Antikörper, Hepatitis-Serologie (Hep B,C)</li> <li><input type="checkbox"/> Nüchternblutzucker (bei Diabetes: HbA1c)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>PSA (bei Männern)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>β-HCG (bei Frauen)</b></li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. proBNP): .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Thoraxröntgen</b> (bei Alter &gt;40 Jahre, Befund nicht älter als 3 Monate)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>EKG (nicht älter als 4 Wochen)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Interne Operationsfreigabe (nicht älter als 4 Wochen)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Harnkultur (nicht älter als 2 Wochen)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Ferritin, Transferrinsättigung, Retikulozyten (bei Zystektomie, RPE und Nieren-OP)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Sonstige Unterlagen:</b> .....</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Liste der aktuellen Dauermedikamente oder deren Verpackung mitbringen</b></li> </ul>
--	--

**Weitere Informationen**

bringt internistische Freigabe mit  Antikoagulation absetzen / umstellen

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Zuweisung. Bitte um Zusendung des Formulars per Fax oder E-Mail. Wir werden uns schnellstmöglich mit dem Patienten in Verbindung setzen. Nach erfolgter Behandlung werden wir den Patienten wieder an Sie rücküberweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift