

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben bei uns einen Termin in unserer Sprechstunde vereinbart bzw. möchten bei uns einen Termin vereinbaren.

Unser gesamtes Team aus Ärzten und medizinischen Fachangestellten begrüßt Sie in unserer Praxis und wird sich um Sie kümmern.

Damit wir dieses gemeinsame Ziel möglichst gut erreichen können, bitten wir Sie um einige Minuten Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!

Ihr Team des Urologischen Zentrums Euregio

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung für Krankenhausbehandlung (bitte ankreuzen) ?

Nein Ja 1 Bett 2 Bett Chefarzt

Hausarzt: _____

Andere Ärzte: _____

Dr. med. Mehrdad Fallahi
Dr. med. Jörg Horstmann
Oliver Ting

Sanatoriumstraße 10
52064 Aachen
Tel.: 0241 / 33988
Fax: 0241 / 407388
E-Mail: aachen1@uro-euregio.info
www.uro-euregio.de

Praxisgemeinschaft

Aachen I*
Praxisklinik am Franziskushospital
Dr.med. Mehrdad Fallahi
Dr.med. Jörg Horstmann
Oliver Ting

Aachen II*
Praxiszentrum am Marienhospital
Dr.med. Karin Braune

Jülich*
Urologische Praxis im Ärztehaus
Dr.med. (MD) Sergej Necvolod

Simmerath*
Urologische Praxis
PD Dr.med. Alexander S. Brandt
Dr.med. Vikram Zeuch

Eschweiler**
Praxis für Urologie
Dr.med. Roman Hiebl

Würselen**
Urologische Praxis am Wasserturm
Hauptstelle Bardenberg
Zweigstelle Alsdorf
Zweigstelle Baesweiler
Zweigstelle Geilenkirchen
Dr.med. Thomas Pulte
Dr.med. Stephan Wolter
Dr.med. Stefan Kliner
Dr.med. Michael Glock
Dr.med. Daniel Bremer

Eynatten – Belgien
Cabinet d'Urologie
Dr.med. Thomas Pulte
Dr.med. Stephan Wolter

*,** jeweils Berufsausübungsgemeinschaft

Aus welchem Grund suchen Sie unsere Sprechstunde auf? Welche Beschwerden haben Sie?

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ja _____ Zig/Tag

Alkohol? Nein Ja Gelegentlich

Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Operationen: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter