

Anmeldeformular für urogynäkologische Untersuchung am Blasen- und Beckenbodenzentrum des Kantonsspitals Baden

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Strasse, Haus-Nr.:		Tel.-Nr. P:	
PLZ, Ort:		Tel.-Nr. G:	

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

Einweisungsdiagnose/Fragestellung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Harndrangsymptomatik |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Senkungsbeschwerden oder Prolaps |
| <input type="checkbox"/> Miktionsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Defäkationsbeschwerden, Stuhlinkontinenz |

Direktzuweisung in die Beckenbodenphysiotherapie für Beckenbodentraining

Diagnose: _____ Verhaltenstherapie

Bitte Verordnung für Physiotherapie beilegen. ExMI

Galileo Vibrationsplatte

Eventuell relevante Anamnese und Untersuchungsergebnisse:

Medikamente:

Beilage: Berichte Laborbefunde

Vor Zuweisung einer Patientin bitten wir um Ausschluss eines akuten Harnwegsinfekts.

Datum: _____ Ihre Kontaktadresse/Telefon-Nr.: _____
(Stempel)