

Anmeldung für eine urogynäkologische Untersuchung

Blasen- und Becken-
bodenzentrum
+41 56 486 35 55
beckenboden@ksb.ch

Personalien

Name (amtl. Name)	Vorname	Geburts-/Ledigname
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Zivilstand	
Strasse/Nummer	PLZ/Ort	Heimatort/Nationalität
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail-Adresse

Versicherungsklasse

- Allgemein Halbprivat Privat

Einweisungsdiagnose/Fragestellung:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> rezidivierende Harnwegsinfekte | |
| <input type="checkbox"/> Senkungsbeschwerden oder Prolaps | <input type="checkbox"/> Harndrangsymptomatik | |
| <input type="checkbox"/> Defäkationsbeschwerden, Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Miktionsbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> Direktzuweisung in die Beckenbodenphysiotherapie für: (Bitte Verordnung für Physiotherapie beilegen.) | | |
| <input type="checkbox"/> Auffälliger Befund Cervixzytologie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Galileo Vibrationsplatte |

Diagnose: _____

Eventuell relevante Anamnese und Untersuchungsergebnisse:

Medikamente:

Ort/ Datum _____

Stempel/ Unterschrift _____

Beilagen

- Berichte Laborbefunde Anderes

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