

Anmeldung

Überweisung ans Urologen-Team der Uroviva Meilen (E-Mail: meilen@uroviva.ch)

Personalien

| | |
|----------------|---------------------------------|
| Name: | Geburtsdatum: |
| Vorname: | Telefon Privat: |
| Strasse / PLZ: | Telefon Geschäft: |
| Krankenkasse: | Police-Nr.: |
| | Versicherungsklasse: P HP Allg. |

Diagnose / Fragestellung

| | |
|--|--------------------------------------|
| | Bitte den Patienten direkt aufbieten |
| | Patient wird sich melden |

Gewünschte Behandlung oder Abklärung

| Abklärungen | Niere | Skrotum | Sonstiges |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Allgemeine urologische Abklärung (Check-up) | Koliken | Schmerzen | Phimose |
| Makrohämaturie | Stauung | Veränderungen | Besprechung Vasektomie |
| Mikrohämaturie | Unklare Schmerzen | Tumor | Besprechung Vasovasostomie |
| | Blase | Prostata | |
| Erektile Dysfunktion | Harnwegsinfekt | PSA-Erhöhung, letzter Wert: | |
| Unerfüllter Kinderwunsch | Blasenfunktionsstörung | Hyperplasie | |
| | Restharnbildung (falls gemessen: ml) | Prostatitis | |

Bemerkungen: (Kopien Laborbefunde usw. zum Formular dazulegen)

Medikamente / Allergien: (Beilage von Medikamentenplan)

Datum:

Zuweisender Arzt: