



Anmeldeformular

Urogynäkologische Untersuchung am Blasen- und Beckenbodenzentrum

Kantonsspital Baden AG

CH-5404 Baden

Blasen- und Beckenbodenzentrum

Telefon 056 486 35 55

Fax 056 486 35 69

beckenboden@ksb.ch

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon P	Telefon G	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Allgemein
Einweisungsdiagnose/Fragestellung			
<input type="radio"/> Inkontinenz		<input type="radio"/> Harndrangsymptomatik	
<input type="radio"/> rezidivierende Harnwegsinfekte		<input type="radio"/> Senkungsbeschwerden oder Prolaps	
<input type="radio"/> Miktionsbeschwerden		<input type="radio"/> Defäkationsbeschwerden, Stuhlinkontinenz	
<input type="radio"/> Direktzuweisung in die Beckenbodenphysiotherapie für (Bitte Verordnung für Physiotherapie beilegen.)		<input type="radio"/> Auffälliger Befund Cervixzytologie <input type="radio"/> Verhaltenstherapie <input type="radio"/> Galileo Vibrationsplatte	
Diagnose:			
Eventuell relevante Anamnese und Untersuchungsergebnisse			
Medikamente			
Beilagen: <input type="radio"/> Berichte <input type="radio"/> Laborbefunde <input type="radio"/>			
Vor Zuweisung einer Patientin bitten wir um Ausschluss eines akuten Harnwegsinfekts.			
Datum:		Praxisstempel/Unterschrift:	