



Anmeldung zur urodynamischen Abklärung

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	

Kostenträger	Vers.-Nr.	Fall-Nr.	Fall-Datum
Versicherung			
Arbeitgeber			

Dringend Nicht dringend

<input type="checkbox"/> Komplette Messung	<input type="checkbox"/> Urethro-Zystoskopie
<input type="checkbox"/> Zysto-Manometrie	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Uroflow	<input type="checkbox"/> Perinealsonografie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vorstellung am Beckenbodenrapport

Klinische Angaben

Fragestellung

Zuweisender Arzt

Datum	Mail	GLN	ZSR
-------	------	-----	-----

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.