

## Anmeldung

per Mail an [info@uropoint.ch](mailto:info@uropoint.ch)

<b>Überweisung an</b>			
Das UroPoint Team <input type="checkbox"/>		<b>oder direkt an</b>	
Dr. Astrid Bagot <input type="checkbox"/>		Dr. Alexander Pohle <input type="checkbox"/>	
<b>Personalien</b>			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		PLZ:	
Strasse:		Ort:	
Telefon Privat:		Telefon Mobil:	
<b>Diagnose/Fragestellung:</b>			
Patient anbieten <input type="checkbox"/>		Patient meldet sich selbst <input type="checkbox"/>	
<b>Gewünschte Behandlung:</b>			
<b>Abklärungen</b>	<b>Niere</b>	<b>Skrotum</b>	<b>Sonstiges</b>
<input type="checkbox"/> Urologischer Check-up	<input type="checkbox"/> Koliken <input type="checkbox"/> Stauung	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Veränderungen	<input type="checkbox"/> Phimose <input type="checkbox"/> Besprechung Vasektomie
<input type="checkbox"/> Makrohämaturie	<input type="checkbox"/> Unklare Schmerzen	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Besprechung Vasovasostomie
<input type="checkbox"/> Mikrohämaturie			
<input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion	<b>Blase</b>	<b>Prostata</b>	
	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> PSA Erhöhung Letzter Wert: _____µg/l	
<input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Blasenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Hyperplasie	
	<input type="checkbox"/> Restharnbildung _____ml	<input type="checkbox"/> Prostatitis	
Bemerkungen:			
<b>Datum:</b>		<b>Zuweisender Arzt:</b>	