

Anmeldung

per Mail an info@uropoint.ch

Überweisung an			
Das UroPoint Team <input type="checkbox"/>		oder direkt an	
Dr. Astrid Bagot <input type="checkbox"/>		Dr. Alexander Pohle <input type="checkbox"/>	
Personalien			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		PLZ:	
Strasse:		Ort:	
Telefon Privat:		Telefon Mobil:	
Diagnose/Fragestellung:			
Patient aufbieten <input type="checkbox"/>		Patient meldet sich selbst <input type="checkbox"/>	
Gewünschte Behandlung:			
Abklärungen	Niere	Skrotum	Sonstiges
<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	Blase	Prostata	
	<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:			
Datum:		Zuweisender Arzt:	