



Anmeldung zur Urodynamik

Name	Telefon Geschäft/Natel
Vorname	KK
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Bitte telefonisch aufbieten privat
Adresse	<input type="checkbox"/> Bitte telefonisch aufbieten im Geschäft
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Bitte schriftlich aufbieten
Telefon privat	<input type="checkbox"/> Termin bereits fixiert am _____ um _____ Uhr

Problem/Fragestellung

<input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz I Husten, Niesen, Lachen	<input type="checkbox"/> Enuresis
<input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz II Heben v. Lasten, Treppabw.	<input type="checkbox"/> Präoperative Abklärung
<input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz III Im Stehen, nicht im Liegen	<input type="checkbox"/> Andere: _____
<input type="checkbox"/> Drangproblematik → Ursache?	PA: _____
<input type="checkbox"/> Deszensus-Probleme	GA: _____
<input type="checkbox"/> Restharn	Medikamente/HRT: _____

Abklärungen/Diagnostik

<input type="checkbox"/> Vollständige urodynamische Abklärung	<input type="checkbox"/> Klinischer Untersuch bei 300ml gefüllter Blase
<input type="checkbox"/> Cystometrie (Kapazität- und Druckmessung)	<input type="checkbox"/> Beurteilung des Beckenbodens/Deszensus
<input type="checkbox"/> Cystoskopie	<input type="checkbox"/> Urethradruckprofile
<input type="checkbox"/> Perinealsonographie	<input type="checkbox"/> Miktiometrie

Gewünschte Massnahmen

<input type="checkbox"/> Konsiliarische Vorschläge	<input type="checkbox"/> Beckenbodengymnastik
<input type="checkbox"/> Vorschläge zur operativen Sanierung	<input type="checkbox"/> Bio-Feedback-Training
<input type="checkbox"/> Vorschläge medikamentösen Therapie	<input type="checkbox"/> Pessar-Einlage und –Instruktion
<input type="checkbox"/> Falls nötig, operative Sanierung	

Datum	Absender/Praxis-Stempel
-------	-------------------------