

Klinik / Praxis

Patientendaten:



Diagnose/n:

Allgemein:	<input type="checkbox"/> Gespräch	<input type="checkbox"/> Telefonat	<input type="checkbox"/> Konsil
	<input type="checkbox"/> Körp. Untersuchung	<input type="checkbox"/> DRU	
Sonographie:	<input type="checkbox"/> Niere bds.	<input type="checkbox"/> Blase	<input type="checkbox"/> Hoden
	<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Nebenhoden
	<input type="checkbox"/> Duplex	<input type="checkbox"/> TRUS	<input type="checkbox"/> Nebenniere bds.
			<input type="checkbox"/> Restharn

Labor:	<input type="checkbox"/> Blutabnahme	Profil: _____	<input type="checkbox"/> Katheterurin
	<input type="checkbox"/> Urinstatus	<input type="checkbox"/> Urinkultur	<input type="checkbox"/> Exprimaturin
	<input type="checkbox"/> 24h-Sammelurin	<input type="checkbox"/> Hämoccult	<input type="checkbox"/> NMP22
			<input type="checkbox"/> HCG-Test
Abstrich:	<input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Vagina
	<input type="checkbox"/> Glans penis	<input type="checkbox"/> _____	
Funktionstests:	<input type="checkbox"/> Uroflowmetrie	<input type="checkbox"/> Urodynamik	<input type="checkbox"/> SKIT
Röntgen:	<input type="checkbox"/> RUG	<input type="checkbox"/> Cystogramm	<input type="checkbox"/> Urodynamik
Eingriff:	<input type="checkbox"/> Zystoskopie	<input type="checkbox"/> Katheteranlage	<input type="checkbox"/> SPF
	<input type="checkbox"/> HR-Bougierung	<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Infusion

Fragebögen:	<input type="checkbox"/> IPSS	<input type="checkbox"/> IIEF
--------------------	-------------------------------	-------------------------------

Zusätzlich:
