

Urethralbänder-Daten-Erfassung - Nachsorge

Initialien: __/__/__

Geb.Dat.

Interen Nr.: _____

Kontrolle postop. nach: 3-6 Wo 3 - 6 Mo 1a __a

Datum der Untersuchung: __/__/____

Subjektiv zufrieden: ja / nein **Schmerzen:** keine mittel stark

Kontinent: ja / nein **Streßtest:** pos neg nicht gemacht

Miktion: o.B. erschwert max. Flow: __ml/s RH ____

Urge: ja nein

Harnstatus: o.B. Leuko Ery

Unterbauchsono: Haematom ja / nein RH ____ml

Therapie:

keine Med: _____ Op: _____

ISC Cystofix sonstige: _____

Bemerkung:

Unterschrift (Blockbuchstaben): _____