

## Informations personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sex:  M  F

### Adresse de domicile:

Rue : \_\_\_\_\_ NPA : \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Numéro privé: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Numéro de travail : \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Raison de la demande d'examen

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rein               | <input type="checkbox"/> Urètre          | <input type="checkbox"/> Vessie             | <input type="checkbox"/> Prostate             |
| <input type="checkbox"/> Urètre/ Penis      | <input type="checkbox"/> Testicules      | <input type="checkbox"/> Douleurs de l'aine | <input type="checkbox"/> Calculs rénaux       |
| <input type="checkbox"/> Infection urinaire | <input type="checkbox"/> Incontinence    | <input type="checkbox"/> Trouble urinaire   | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire       |
| <input type="checkbox"/> Check-Up           | <input type="checkbox"/> Suivi tumoral   | <input type="checkbox"/> Trouble hormonal   | <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile |
| <input type="checkbox"/> Vasectomie         | <input type="checkbox"/> Vaso-Vasostomie | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> Procréation          |

## Informations complémentaires

### Assurances:

Caisse maladie: \_\_\_\_\_ Lieu/Section: \_\_\_\_\_

Commun (canton)  Commun (toute la Suisse)  Démi-privé  Privé  Auto-payant

### Médecin référent:

Date: \_\_\_\_\_ Signature / Timbre : \_\_\_\_\_