

Anmeldung Operation

Angaben Arzt/Ärztin

Name/Vorname Strasse/PLZ
Tel-Nr./Handy Email

Angaben Patient

Name/Vorname Geburtsdatum
Adresse PLZ/Ort
Tel. ☎ Email @
Geschlecht M / W **Gewicht/Grösse**

Operationsdatum **Dauer** **Eintritt** **Schnitt**

Geplanter Eingriff

Allergien Ja Nein **Welche?**

Lagerungsart Bauch Rücken Steinschnitt **Andere/welche?**

Benötigte spezielle Materialien/Medikamente

Spezielle internistische-medizinische **Risikofaktoren**/Bemerkungen

Anästhesiegespräch 1 Tag vorher telefonisch erwünscht? Ja Nein

Datum

Stempel/Name/Unterschrift