

ANMELDUNG ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE

Sekretariat Anästhesie

Telefon 032 366 43 82 Fax 032 366 43 81 oder anaesthesie.linde@hirslanden.ch

PERSONALIEN (bitte in Blockschrift ausfüllen oder Patienten-Etikette der Praxis aufkleben)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ m f Sprache d f

Tel. P: _____ Tel G: _____

Natel: _____

ANGABEN ZUR OPERATION

Diagnose: _____

Eingriff: _____

Op-Datum: _____	Chirurg: _____
-----------------	----------------

Vorgesehene/gewünschte Anästhesie: _____

Bemerkungen: _____

AnäSprStd angeordnet durch:

- Operateur
- Anästhesist
- Auf Wunsch des Patienten

Datum Anästhesiesprechstunde: _____

Zeit: _____

Hausarzt: _____

Spezialärzte: _____

Fragebogen: _____

Dossier Archiv: _____

Datum: _____