



## PATIENTENANMELDUNG

bitte senden an: voglauer.anaesthesie-zug@hin.ch

### ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Name:	Geburtsdatum:
Vorname: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Telefon:
e-mail:	Mobile:
Adresse:	
<b>Bei Kindern:</b> Name/ Vorname Eltern	
<b>Bei Menschen mit Behinderung:</b> Kontaktdaten zu sorgeberechtigter Person	

### DEPITOR

<input type="checkbox"/> KK	<input type="checkbox"/> SUVA/IV/MV	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> Unfall	UVG-Fallnummer:	Unfalldatum:	

### ANGABEN ZUR BEHANDLUNG / UNTERSUCHUNG / OPERATION

Geplanter Eingriff: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds	
Eingriffsdatum / Eingriffszeit:	OP-Dauer:
Lagerung:	Antibiotika:
Weitere Verordnungen:	

### GEWÜNSCHTES ANÄSTHESIEVERFAHREN

<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie / Narkose	<input type="checkbox"/> Sedation / Dämmerschlaf	<input type="checkbox"/> i.v. Block	<input type="checkbox"/> SPA
<input type="checkbox"/> reine Überwachung	<input type="checkbox"/> Tropfanästhesie	<input type="checkbox"/> Axilläre Plexusanästhesie	

### BEMERKUNGEN

--------------

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
STEMPEL oder SIGNATUR ARZTPRAXIS