

Anmeldung zur Operation



<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> andere	Geburtsdatum:	
Name:			Vorname:	
Strasse, Nr.:			PLZ, Ort:	
Telefon:		Email:		KK Nr.: 80756...
Grösse:	Gewicht:		Allergien:	

OP – Diagnose:	
Geplante Operation:	
Operationsdatum:	
Operationsdauer:	
Schnittzeit:	
Bevorzugte Anästhesie:	<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie <input type="checkbox"/> Sedation
Perioperative Antibiose?	
Lagerung:	
Zusatzinformation:	

- Tarmed Pauschale Selbstzahler*in
- Unfall (Unfalldatum:, Verfügung beiliegend) IV (IV Nummer und Verfügung beiliegend)

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift Ärztin / Arzt: