

## Anmeldung Operation

### Angaben Arzt/Ärztin

Name/Vorname Strasse/PLZ/Ort  
 Telnr./Handy Email-Adresse

### Angaben Patient/-in

Name Vorname  
 Geburtsdatum Geschlecht M W  
 Adresse PLZ/Ort  
 Telefon/Handy Email

### Geplanter Eingriff

<b>Operationstermin</b>	<b>Eintrittszeit</b>	<b>Schittzeit</b>
<b>Allergien</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Welche?</b>		

### Benötigte spezielle Materialien/Medikamente

### Spezielle internistische-medizinische Risikofaktoren/Bemerkungen/Wünsche

### Anästhesiegespräch erwünscht?

**Telefonisch?** **Ja** **Nein**

**Datum** **Stempel / Name und Unterschrift**