

## 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