



## Patientenanmeldebogen für Ärzte

### Angaben Ärztin/Arzt

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Angaben Patientin/Patient

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Gewicht (kg)	<input type="text"/>	Grösse (cm)	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Geplanter Operationstermin

Datum

### Geplanter Eingriff

Operation

### Material

*Wird für den Eingriff spezielles Material benötigt? Bitte notieren Sie diese sowie die Anzahl*

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### Anästhesiegespräch

*Ist ein persönliches präoperatives Anästhesiegespräch erwünscht?*

Ja

Nein

*Falls ja, auf welche Art und Weise?*

Persönlich vor Ort

Telefonisch