

Dr. med. Arthur Bärtsch
Niederwilerstrasse 14
8753 Mollis

arthur.baertsch@hin.ch

Anmeldung zur Anästhesie für einen ambulanten Eingriff

Auftraggeber :

--

Patient(in) :

Name :	Bei Kindern Name und Vorname der Mutter oder des Vaters, bei bevormundeten Personen Name der Betreuerin / des Betreuers, ev. des Vormundes , ev. Adresse, wenn anderslautend:
Vorname :	
Geburtsdatum :	
Adresse, Wohnort :	
Telephon privat :	Telephon Geschäft :
Mobile :	

Rechnung an :

<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Patient(in) : Selbstzahler(in)
<input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV	<input type="checkbox"/> Andere :
Unfalldatum :	UVG-Fallnummer:

Geplanter Eingriff :

rechts links

	Operateur:
--	------------

Gewünschte (ev. vorbesprochene) Anästhesieart :

Allgemeinnarkose :

Regionalanästhesie :

<input type="checkbox"/> Intubation oral	<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie
<input type="checkbox"/> Intubation nasal	<input type="checkbox"/> IV-Block
<input type="checkbox"/> Maske oder Larynxmaske	<input type="checkbox"/> Plexus-axillaris-Block
<input type="checkbox"/> IV-Analgosedation (+ / - Lokalanästhesie)	<input type="checkbox"/> Andere :

Termin :

Geplantes OP-Datum :	Datum :
Vorgesehener OP-Beginn :	Praxisstempel :
Voraussichtliche Dauer des Eingriffes : Min.	
Bestätigt am :	