



**Anmeldung prästationäres Ambulatorium / Anästhesiesprechstunde**

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

**Zuweisungsdiagnose / geplanter Eingriff**

**Relevante Nebendiagnosen / Operationen / Aktuelle Medikation / Allergien / Laborwerte / EKG**  
(Berichte über kardiologische Voruntersuchungen oder Interventionen bitte beilegen)

**Bemerkungen**

**Zuweisender Arzt**

Datum	Tel. GLN	Fax ZSR
-------	-------------	------------