



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

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Mail	
Datum	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.