



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
-------	-------------	------------

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