

**Anmeldung zur
Anästhesie-Betreuung**
FAX 043 260 98 99
narcozen@narcoZen.ch

narcoZen.ch
Dr. med. Fabio Vassalli
Bahnhofstrasse 5
5200 Brugg AG

Anmeldung durch:

Praxis-Stempel
oder
Name, Ort und Telefon

Patienten-Daten:

Nachname: Vorname:
Adresse:
PLZ/Ort: Geb.-Datum: ____ . ____ . _____

Eltern/Betreuungsperson:

Erreichbarkeit:

Tel 1: Wann?
Tel 2: Wann?
Handy: Wann?

Kostenträger:

Selbstzahler UV/IV/MV Krankenkasse :

Vers-Nr:

Hausarzt: Tel:

Allergien: DM/Insulin KHK Cirrhose
 Nierninsuffizienz/Dialyse

Eingriff: links rechts unpaarig/mittig

Datum: Dauer: Vormittag Nachmittag

Bevorzugter Zeitpunkt:

Bemerkungen / bevorzugte Anästhesie-Art: