

**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: