

Anmeldeformular

CHIRURGIE
NORDWESTSCHWEIZ AG
Kaiserstrasse 1
CH-4310 Rheinfelden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Grösse (cm): Gewicht (kg):

Für Anmeldungen

T: +41 61 566 00 00

chirurgie-nordwestschweiz@hin.ch

VENEN ≈ ZENTRUM

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Hausarzt Empfehlung im Bekanntenkreis Social Zeitung

Andere (bitte angeben)

NARBEN * ZENTRUM

Hausarzt (Name, Vorname, Ort):

Zuweisender Arzt (Name, Vorname, Ort):

.....
.....


LASER & MORE

Name der Krankenversicherung:

Versicherungsklasse: Allgemein Halbprivat Privat

Kartenummer: Versichertennummer:


SOLE
CHIRURGIE

Allergien und/oder Unverträglichkeiten: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Krankheiten: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Blutverdünner: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Soll im Notfall reanimiert werden? Ja Nein HIV-positiv Ja Nein

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein Hepatitis Ja Nein

Raucher Ja Nein

Ort/Datum:

Unterschrift Patient/In: