

Anmeldeformular für Patienten/Innen

CHIRURGIE
NORDWESTSCHWEIZ AG
Kaiserstrasse 1
CH-4310 Rheinfelden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: Telefon P:

Adresse: Telefon G:

..... Mobil-Nummer:

PLZ/Ort: Email-Adresse:

Beruf:

Arbeitgeber:

Zivilstand:

Ledigname: Soll im Notfall reanimiert werden? Ja Nein

Nationalität: Patientenverfügung vorhanden

Grösse (cm) HIV-postiv

Gewicht (kg) Hepatitis

Sonstiges Raucher

Für Anmeldungen
T: +41 61 566 00 00
chirurgie-nordwestschweiz@hin.ch

VENEN ≈ ZENTRUM

NARBEN ✨ ZENTRUM



LASER & MORE



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Hausarzt Empfehlung im Bekanntenkreis Social Zeitung Andere

Hausarzt (Name, Vorname Ort): Zuweisender Arzt (Name, Vorname, Ort):

.....

.....

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:

Welche Person soll im Notfall oder bei durchgeführter Operation kontaktiert werden:

Name: Telefonnummer:

