



Anmeldung durch (Praxisstempel):

Datum:

**Gemeinschaftspraxis  
für ambulante Anästhesie  
Kirchweg 119a  
5416 Kirchdorf**

## Anmeldung zur ambulanten Anästhesie

### Patienteninformation

Vorname:

Nachname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geb.-Dat.:

Betreuungspers. (bei Kindern und Behinderten):

Telefonisch erreichbar

Tel. P:

Wann?

Tel. G:

Wann?

Handy:

Wann?

Hausarzt:

Tel.:

Kostenträger:

 Krankenkasse: UV/IV/MV Selbstzahler:

Vers.-Nr.:

### Eingriff:

Datum:

Zeit:

Dauer:

Gewünschte Anästhesieform:

Besonderes:

**Senden Sie uns bitte pro Patient und Eingriff ein Anmeldeformular per Post, Fax oder E-Mail.**

Informieren Sie sich auch auf [www.narcotix.ch](http://www.narcotix.ch)

Gemeinschaftspraxis für ambulante Anästhesie  
Dr. med. Michael Haag, Dr. med. Patricia Jacob  
Kirchweg 119a, 5416 Kirchdorf, [info@narcotix.ch](mailto:info@narcotix.ch)  
Fon 056 282 59 40, Fax 056 282 59 41, [www.narcotix.ch](http://www.narcotix.ch)