

Befunde der präoperativen Untersuchung

Patientin/Patient

| | | |
|--------------------------------------|--------------|------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Strasse/Nr. | PLZ, Wohnort | Telefon tagsüber |
| Geschlecht weiblich männlich | E-Mail | |

An Eintrittsmanagement der Chirurgie oder an das Sekretariat Frauenklinik

Operations-Diagnose

Diagnose

Persönliche Anamnese

Aktuelle medikamentöse Therapie

Allergien/Unverträglichkeiten

Grösse (cm): Gewicht (Kg): BMI:

Bemerkungen

Beilagen

Der untersuchende Arzt

| | | |
|--------------------|---------------|----------------|
| (Ihr) Vorname/Name | PLZ/Praxisort | Telefon Praxis |
|--------------------|---------------|----------------|

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden,
falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):