Swiss Pain Clinic and Anesthesiology Partners
Anästhesie-Antragsformular

Patienteninformation

Nachname: _____ Vorname: _____
Initials: _____ Krankenkasse: :_____
Geburtsdatum: _____
Krankenversicherungsnummer:_____
Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____
E-Mail: _____ _____
Chirurg/Gynäkologe/Arzt :

Antrag auf:

☐ **Vollnarkose und/oder Regionalanästhesie**
Datum der Operation oder des Eingriffs oder der Entbindung :

Bitte fügen Sie dem Anästhesie-Antragsformular die folgenden Unterlagen bei:

✓ **Notizen der letzten 1-2 Arztbesuche oder medizinische Berichte**
✓ Art des geplanten Eingriffs / der geplanten Operation
✓**Medikamentenliste**
✓**Kontaktinformationen Ihres Chirurgen/Gynäkologen oder Hausarztes**

Bitte senden Sie das Anästhesie-Anforderungsformular mit Ihren medizinischen Unterlagen per E-Mail oder Post an:

Swiss Pain Clinic
Golgon 44A,3025, Limassol, Zypern
info@drmariosmoniatis.cy

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat unter der Telefonnummer: 25323131

Überarbeitet Mai 2024

Dr. Marios Moniatis, MD, DESAIC, SSIPM
Direktor der Swiss Pain Clinic and Anesthesiology Partners