

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Für gesetzliche Vertretung)**

Ich habe die Informationen (Merkblatt ambulante Anästhesie für Erwachsene) gelesen und verstanden und werde die darin enthaltenen Empfehlungen und Verordnungen befolgen.  
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für die Anästhesie-Dienstleistung eine separate Rechnung erhalten werde.

Bitte gewünschtes ankreuzen:

- Ich habe die erhaltenen Informationen verstanden, bin damit einverstanden und ausreichend aufgeklärt. Ich wünsche kein persönliches Gespräch in einer separaten Anästhesie-Sprechstunde. Das Telefon 1-2 Tage vor dem Eingriff sowie das persönliche Gespräch direkt vor der Operation mit der/dem zuständigen Anästhesie-Ärztin/-Arzt sind ausreichend.
- Ich wünsche ein persönliches Gespräch über die vorgesehene Anästhesie vor dem Eingriffstag in Ihrer Anästhesie-Sprechstunde und freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme.

Sie erreichen mich am Besten

am (Datum): ..... um (Uhrzeit): .....

Name	.....
Vorname	.....
Strasse Nr.	.....
PLZ, Ort	.....
Telefonnummer 1	.....
Telefonnummer 2	.....
Operationstag und -datum	.....

Name/Vorname	..... <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Gesetzliche Vertretung	.....
Name gesetzliche Vertretung/ Vormund/ Institution:	.....
Adresse:	.....
Tel. Nr.:	.....

Unterschrift des Patienten (oder/ und gesetzliche Vertretung):

.....

<p><b>Bitte senden Sie dieses Blatt umgehend, aber mindestens 7 Tage vor dem geplanten Eingriff an:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>anaPRAX AG, St. Niklausstrasse 5, Müllerhof, CH-4500 Solothurn</b>  <b>mail info@anaprax.ch tel: 062 / 296 32 38</b></p>
--