

# ANMELDUNG ZUR GEBURT

Klinik  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name und Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
_____	_____	_____	_____
Mobile	Telefon Privat	Telefon Geschäft	E-Mail
_____	_____	_____	_____
Strasse / Nummer	PLZ / Ort	Land	Nationalität
_____	_____	_____	_____
Sozialversicherungs-Nr.	Korrespondenz		
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I		

<b>Eintritt von</b>	<input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> anderes Spital	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<b>Eintritt aufgrund</b>	<b>Fallart</b>	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allg. grundvers. <input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Klassenwechsel von _____ auf _____ <input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
<input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant			

Grundversicherung KVG	Versicherten-Nummer	VEKA-Nr. (20 Stellen)
_____	_____	_____

Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nummer
_____	_____

Mitbehandl. Arzt (MCC)	Zuweiser
_____	_____
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Selbstzuweiser
_____	

## Angaben zur Geburt / Aufnahme für Erkrankungen während der Schwangerschaft

Alter: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Gravida: \_\_\_\_\_ ET: \_\_\_\_\_ LP: \_\_\_\_\_ Korrigierter Termin (nach US): \_\_\_\_\_

ICD10: \_\_\_\_\_ CHOP: \_\_\_\_\_ CHOP: \_\_\_\_\_  73.5 Manuell unterstützte Geburt  
 74.OX Klassische Sectio Caesarea

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_  Vortag Dauer Aufenthalt Tage: \_\_\_\_\_

OP-Datum \_\_\_\_\_ OP-Uhrzeit \_\_\_\_\_ OP-Dauer (SNZ Min.) \_\_\_\_\_

Operateur: \_\_\_\_\_ Assistent: \_\_\_\_\_ Anästhesiesprechstunde:  ja  nein

### Anästhesierelevante Risikofaktoren (Pflichtfeld)

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Blutungsrisiko	<input type="checkbox"/> internistische Diagnosen	<input type="checkbox"/> Zeugen Jehovas
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> neurologische Besonderheiten	<input type="checkbox"/> weitere _____	

Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorgehende Schwangerschaften:	<b>Codierrelevante Nebendiagnosen:</b>
_____	<input type="checkbox"/> O 24.4 Gestationsdiabetes
_____	<input type="checkbox"/> O 24.0 / O24.1 Diabetes Typ 1/2
Gynäkologische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> O 13 Gestationshypertonie
_____	<input type="checkbox"/> O 10 vorbestehende Hypertonie
_____	<input type="checkbox"/> O 41.0 Oligohydramnion

### Laborbefunde: ja nein Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde bitte vor Geburt übermitteln!

Blutgruppe / Rh: _____	Allergien: _____
Rhesusprophylaxe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum letzte Rhesusprophylaxe: _____
Rubeolen: Immunität vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lues-Such-Reaktion: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Hepatitis: <input type="checkbox"/> HBsAg neg. <input type="checkbox"/> HBsAg pos. (Kind muss immunisiert werden)	HIV: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Strepto B: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
<input type="checkbox"/> Vorherige Totgeburten: _____	
<input type="checkbox"/> Vorherige IR: _____	

Datum	Anmeldende Belegarztpraxis
_____	_____