# ANMELDUNG ZUR GEBURT

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

**HIRSLANDEN KLINIK LINDE**
**PATIENTENDISPOSITION**
**BLUMENRAIN 105**
**CH-2501 BIEL**
**T +41 32 366 42 41**
**MAIL: PATIENTENDISPOSITION.LINDE@HIRSLANDEN.CH**

BC_f-3 Patientenadmin. – Eintritt

ST_4 – Anmeldung

O Geburt O Sectio O neu Sectio (anstelle Geburt) Datum

## PATIENTENANGABEN

Name | Vorname | Geburtsdatum | Name / Vorname der Eltern (Bei Minderjährigen)

Telefon privat | Telefon mobile | Telefon Geschäft | E-mail

Strasse / Nummer | PLZ / Ort | Land | Nationalität / Heimatort

AHV-Nr. / Sozialversicherungs-Nr. | Korrespondenzsprache O DE O FR O IT O EN | Zivilstand

**Eintritt von** O Zuhause O anderes Spital O Psychiatrie O andere O unbekannt

**Fallart**
O stationär
O ambulant
O Selbstzahlerin

**Klasse**
O Allg. OKP
O Allg. ganze CH
O Halbprivat
O Privat

**Upgrade** (Preis pro Aufenthalt)
O Upgrade A in Hirslanden Préférence
O Upgrade A in Hirslanden Privé
O Upgrade HP in Hirslanden Privé

Grundversicherung KVG | Policen-/Kundennummer | VEKA-/Kartennummer (20 Stellen)

Zusatzversicherung VVG | Policen-/Kundennummer

**Eintrittsdatum** | **Aufenthaltsdauer (in Tagen)** | ☐ Vortageseintritt | Nüchtern: O Ja O Nein

Para | Gravida | ET | LP | Korrigierter Termin (nach US)

☐ Sectio
OP-Datum | OP-Dauer (SNZ-Min.) | Operateur | Assistent

## MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN

O Geburt ICD10 080 CHOP 73.59 O Sectio ICD10 082 CHOP 74.1 O ICD10 CHOP

**Anästhesierelevante Risiken** ☐ keine
☐ Blutungsrisiko ☐ internistische Diagnosen ☐ Gerinnungsstörungen
☐ Zeugen Jehovas ☐ neurologische Besonderheiten ☐ weitere

*wenn Risiko vorhanden ➔ Anästhesiesprechstunde T +41 32 366 43 82*

**Risikofaktoren/Besonderheiten in der Schwangerschaft/Vorangehende Schwangerschaften**

**Gynäkologische Erkrankungen**

**Codierrelevante Nebendiagnosen**
☐ keine
☐ O24.4 Gestationsdiabetes
☐ O24.0/024.1 Diabetes Typ 1/2
☐ O13 Gestationshypertonie
☐ O10 vorbestehende Hypertonie
☐ O41.0 Oligohydramnion

**Laborbefunde:** O ja O nein

Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde sowie Schwangerschaftsverläufe bitte vor Geburt einreichen an: geburtenabteilung.linde@hirslanden.ch

Blutgruppe/Rh: | Allergien:

Rhesusprophylaxe: O ja O nein | Datum letzte Rhesusprophylaxe:

Rubeolen: Immunität vorhanden: O ja O nein | Lues-Such-Reaktion: O positiv O negativ

Hepatitis: O HBsAg neg. O HBsAg pos. (Kind muss immunisiert werden)

Strepto B: O positiv O negativ | HIV: O positiv O negativ

Vorherige Totgeburten: | Vorherige IR:

Hausarzt[1] | zuweisender Arzt[2]

☐ kein Hausarzt ☐ Selbstzuweiser | mitbetreuender Arzt[3]

**Datum** | **Anmeldende Belegärztin/Anmeldender Belegarzt**

[1] Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein
[2] Arzt, der dem behandelnden Arzt (= Belegarzt/Vertragsarzt) zuweist
[3] Weiterer Belegarzt/Vertragsarzt der Klinik, der die Patientin ebenfalls behandelt

**SENDEN**

900.590 07/23 KRÖMER PRINT AG