|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANMELDUNG ZUR GEBURT / PRIM. SECTIO**  Anmeldung direkt an gewünschten Belegarzt/-ärztin oder an Klinik St. Anna, Geburtsabteilung E1:  [**hebammen.stanna@hirslanden.ch**](mailto:hebammen.stanna@hirslanden.ch)  **T + 41 41 208 31 82** | | | | | | **ZUWEISER/-IN EXTERN**  Name Vorname  Strasse PLZ Ort  Tel.-Nr. Fax-Nr.  E-Mail-Adresse | | | | | |
| **Name, Vorname** | |  | | | | Geburtsdatum | | |  | | |
| Strasse, Nr. | |  | | | | Nationalität / Sprache | | |  | |
| PLZ, Ort | |  | | | | Sozial-Vers.-Nummer | | |  | | |
| Telefon Privat, Mobile | | **/** | | | | Telefon Geschäft | | |  | | |
| Zivilstand | |  | | | | E-Mail | | |  | | |
| Beruf | |  | | | | Konfession | | |  | | |
| **Bezugsperson Name**  Strasse, Nr.  PLZ, Ort | |  | | | | Beziehungsgrad  Telefon | | |  | | |
| **Versicherung** | | P  HP  Allgemein | | | | | | | | | |
|  | | Upgrade auf:   Hirslanden-MA-Upgrade auf: | | | | | | | | | |
|  | | Wunsch Familienzimmer | | | | | | | | | |
| Grundversicherung | |  | | | | Zusatzversicherung | | |  | | |
| Versicherungs-Nr. | |  | | | | Versicherungs-Nr. | | |  | | |
| Versichertenkarten-Nr. | |  | | | | Versichertenkarten-Nr. | | |  | | |
| **Wunsch Belegarzt/-ärztin:** | | | | | | **Hausarzt:** | | | | | |
| Grav: | Para: | | | | LP: | | | ET: | | KT (US): | |
| BG / Rh |  | | Anti-D-Prophy.: | | | | HIV | |  | | |
| Coombs/BG-AK |  | | | | | | HBV | |  | | |
| Röteln |  | | | | | | HCV | |  | | |
| Strepto B | neg  pos | | | abgenommen am: | | | Lues | |  | | |
| GTT |  | | | | | | Weitere Serologie | |  | | |
| **Relevante Diagnosen** |  | | | | | | | | | | |
| **Allergien** |  | | | | | | | | | | |
| **Frühere SS/Geburten** |  | | | | | | | | | | |
| **SS-Verlauf** | 1. Trimestertest: | | | | | | | | | | |
| **Besonderes**  **Risiken**  **Spezielle Wünsche zur Geburt** |  | | | | | | | | | | |
| **Primäre Sectio, weil:** | | | | | | | | | | | |
| **MRSA-Risiko** | Stationärer Aufenthalt/Verlegung Spital Ausland/Tessin/Westschweiz (Franz. Teil) während den letzten 3 Monaten: Ja  Nein | | | | | | | | | | |
| **Multiresistente Erreger** | MRSA  ESBL (mit Angabe des Keims):  Andere:  Datum Erstnachweis:  Nicht bekannt | | | | | | | | | | |
| **Bitte Laborresultate, Pränataldiagnostiken, Ultraschallbefunde und weitere Unterlagen mitsenden.** | | | | | | | | | | | |
| **Datum** | |  | | | | | | | | | |