

ANMELDUNG ZUR GEBURT

Klinik



Tel. _____ Fax _____
 E-Mail _____

PATIENTENANGABEN

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

Eintritt von Zuhause Zuhause + Spitex Krankenhaus Altersheim Psychiatrie
 anderes Spital Strafvollzug andere unbekannt

Eintritt aufgrund **Fallart**

<input type="checkbox"/> Mutterschaft	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel OKP zu HP
		<input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel OKP zu P
		<input type="checkbox"/> Allg. grundvers.		

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

Zusatzversicherung VVG Versicherten-Nummer

Mitbehandl. Arzt (MCC) _____ Zuweiser _____
 Hausarzt _____ Selbstzuweiser

Angaben zur Geburt / Aufnahme für Erkrankungen während der Schwangerschaft

Alter: _____ Para: _____ Gravida: _____ ET: _____ LP: _____ KOT (nach US): _____
 ICD10: _____ Geplante Sectio: _____ CHOP: _____ Diagnose: _____
 Operateur: _____ Assistent: _____
 Eintrittsdatum: _____ Dauer Aufenthalt: _____ OP-Datum: _____ OP-Zeit: _____

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 / Vorangehende Schwangerschaften: _____

Gynäkologische Erkrankungen: _____

Codierrelevante Nebendiagnosen:

- O 24.4 Gestationsdiabetes
- O 24.0 / O24.1 Diabetes Typ 1/2
- O 13 Gestationshypertonie
- O 10 vorbestehende Hypertonie
- O 41.0 Oligohydramnion

Laborbefunde: _____ Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde bitte vor Geburt faxen!
 Blutgruppe / Rh: _____ Rhesusprophylaxe ja nein

Datum letzte Rhesusprophylaxe _____ Allergien _____

Rubeolen: Immunität vorhanden ja nein Lues-Such-Reaktion: positiv negativ
 Hepatitis: HBsAg neg. HBsAg pos. (Kind muss immunisiert werden)
 Strepto B: positiv negativ HIV: positiv negativ
 Vorherige Schwangerschaften _____
 Vorherige Lebendgeburten _____
 Vorherige IR _____

Datum _____ Anmeldende Belegarztpraxis _____
