

ANMELDUNG ZUR GEBURT

T 044 209 22 11 F 044 209 25 00
 patientendisposition.impark@hirslanden.ch

Klinik

Patientenangaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Alter

Strasse/Nummer

PLZ/Ort

Telefon/Mobile privat

Telefon Geschäft

Klinik Im Park
 Patientendisposition
 Seestrasse 220
 8027 Zürich

Korrespondenz

D I F E

AHVR-Nr./SVN

Zivilstand

ledig verheiratet geschieden
 verwitwet getrennt

- Schwangerschaft Einz Zimmer Privat Stationär Vermittler Geburtspauschale HP
 Zweierzimmer HP Teilstationär Selbstzahler Upgrade HP auf P
 Allgemeine Grundversicherung

Grundversicherung (KVG)/Sektion

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion

Angaben zur Geburt/Aufnahme für Erkrankungen in der SS

Angaben zur Geburt

Zeugen Jehovas

Anästhesiesprechstunde Ja Nein

falls Ja, bitte Indikation angeben:

Alter:	Para:	Gravida:	Errechneter Termin:
Letzte Periode:			Korrigierter Termin:
CHOP:	Geplante Sectio	ICD:	Diagnose:
Operateur:	Assistent:		
Eintrittsdatum:	OP-Datum	OP-Zeit	
Risikofaktoren/Besonderheiten in der Schwangerschaft/vorang. SS			
Gynäkologische Erkrankungen:			
Laborbefunde: <i>Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde bitte vor Geburt faxen!</i> <i>Fax-Nr. 044 209 22 06</i>			
Blutgruppe/Rh:		Rubeolen	
Rhesusprophylaxe		Immunität vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nein:			
Ja:		Hepatitis	
Wann letztmals:		HBsAg neg.	
		HBsAg pos. (Kind muss immun. werden)	
Strepto B:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	HIV:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Allergien			

Datum

Unterschrift/Stempel