HIRSLANDEN
SALEM-SPITAL

ANMELDUNG GEBURTSHILFE FÜR WERDENDE MÜTTER

Name .....
Vorname .....
Lediger Name .....
Tel./Mobile .....
E-Mail .....
Nationalität .....
Bürgerort .....
Behandelnde/r Ärztin/Arzt .....
.....
Zuweisende/r Ärztin/Arzt .....
.....

Strasse, Nr. .....
PLZ ..... Ort .....
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) .....
Beruf .....
Zivilstand .....
Konfession .....
Name/Vorname des Partners .....
.....
Nachname des Ungeborenen .....
Tel./Mobile des Partners .....

Krankenkasse

AHV-Nummer .....

Grundversicherung ..... Zusatzversicherung .....

☐ Privat ☐ Halbprivat ☐ Allgemein OKP ☐ Allgemein g. CH ☐ Ambulant ☐ Selbstbezahler
☐ Policenkopie beigelegt ☐ Upgrade (kostenpflichtig)

Letzte Periode ..... Geburtstermin ..... korr. Termin .....

.....-Gravida .....-Para

Anz. vorausgegangener Schwangerschaften .....

Allergien

Frühere Geburten (inkl. genaues Datum)

SS-Verlauf

Krankheiten und OP

Bemerkungen für die Geburt/das Wochenbett

HIRSLANDEN BERN AG
SALEM-SPITAL
GEBURTENABTEILUNG
SCHÄNZLISTRASSE 39
CH-3013 BERN
T +41 31 337 68 88
MO–FR, 7.30–16.00 UHR
GEBURTSHILFE.SALEM
@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH

Ich wünsche eine Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebamme: ☐ ja ☐ nein
Ich möchte mich für die Geburt im Salem-Spital anmelden: ☐ ja ☐ nein
Ich möchte mich für eine hebammengeleitete Geburt anmelden: ☐ ja ☐ nein

BC_f-3 Pat.admin – Eintritt

FORMULAR SENDEN

12605075 07/26 KROMER PRINT AG