

ANMELDUNG GEBURTSHILFE FÜR WERDENDE MÜTTER

Anrede	Strasse, Nr.
Name	PLZ Ort
Vorname	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Lediger Name	Beruf
Tel./Mobile	Zivilstand
E-Mail	Konfession
Nationalität	Name/Vorname des Partners
Bürgerort	
Behandelnde/r Ärztin/Arzt	Nachname des Ungeborenen
.....	Tel./Mobile des Partners
Zuweisende/r Ärztin/Arzt	
.....	

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



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