

ANMELDUNG GEBURTSHILFE FÜR ZUWEISENDE ÄRZTE

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
Zuweisende/r Ärztin/Arzt	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 SAFT **Laborresultate (Kopie beilegen)**

Allergien

BG und Rh

Antikörper

Frühere Geburten (inkl. genaues Datum)

Anti-D: Datum

Hbs-Antigen: Datum

SS-Verlauf

HIV: Datum

☐ positiv ☐ negativ

Strepto B: Datum

☐ positiv ☐ negativ

(Mail direkt an geburtshilfe.salem@hirslanden.ch)

Krankheiten und OP

☐ Röteln

☐ Varizellen

Bemerkungen und Verordnung für die Geburt/das Wochenbett



Primäre Sectio

Indikation

Eintrittsdatum

Gewünschtes OP-Datum

Gewünschte(r) Gynäkologe(in)
.....

Vorgeschlagene Anästhesieart ☐ ja ☐ nein

Besondere Eintrittsverordnung

ICD-10

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

FORMULAR SENDEN