

ANMELDUNG GEBURT

HIRSLANDEN KLINIK LINDE
PATIENTENAUFNAHME
BLUMENRAIN 105
CH-2501 BIEL
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64
MAIL: PATIENTENAUFNAHME.LINDE@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

* Geburt
 Sectio Neu Sectio (anstelle Geburt) Datum

PATIENTENANGABEN

Name *	Vorname *	Geburtsdatum *	Name / Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
Strasse / Nummer *	PLZ *	Ort *	Land
Telefon *	Telefon	Telefon	E-Mail
Sozialversicherungs-Nr. *	Sprache * <input type="radio"/> D <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> E	Zivilstand	Nationalität / Heimatort

Eintritt von * Zuhause Andere

Fallart * <input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> Ambulant plus <input type="radio"/> Selbstzahlerin	Klasse * <input type="radio"/> Allgemein OKP <input type="radio"/> Allg. ganze CH <input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Privat	Upgrade (Preis pro Aufenthalt) <input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Préférence CHF 1'500.00 <input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Privé CHF 2'000.00 <input type="radio"/> Upgrade HP in Hirslanden Privé CHF 1'000.00
--	--	---

Grundversicherung (Name KK) * Policen-/Kundennummer * VEKA-Nr. (20 Stellen) *

Zusatzversicherung (Name) Policen-/Kundennummer

Eintrittsdatum Aufenthaltsdauer (in Tagen) * Vortageseintritt Nüchtern: Ja Nein

Para	Gravida	ET	LP	Korrigierter Termin (nach US)
<input type="checkbox"/> Sectio	OP-Datum Operateur Assistent 1	OP-Dauer (SNZ-Min.)		

MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN *

Geburt ICD10 O80 CHOP 73.59 Sectio ICD10 O82 CHOP 74.1 ICD10 CHOP

Anästhesierelevante Risiken Keine
 Gerinnungsstörungen Neurologische Besonderheiten Zeugen Jehovas
 Blutungsrisiko Internistische Diagnosen Weitere

Wenn Risiko vorhanden --> Anästhesiesprechstunde T +41 32 366 43 82

Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorgehende Schwangerschaften

Codierrelevante Nebendiagnosen

Gynäkologische Erkrankungen

Keine
 24.4 Gestationsdiabetes
 24.0 / 24.1 Diabetes Typ 1 / 2
 13 Gestationshypertonie
 10 vorbestehende Hypertonie
 41.0 Oligohydramnion

ANMELDUNG GEBURT

HIRSLANDEN KLINIK LINDE
PATIENTENAUFNAHME
BLUMENRAIN 105
CH-2501 BIEL
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64
MAIL: PATIENTENAUFNAHME.LINDE@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

Laborbefunde Ja Nein

Bitte senden Sie Befunde & Schwangerschaftsverläufe direkt an die Geburtenabteilung: geburtenabteilung@hirslanden.ch

Blutgruppe/Rh: Allergien:

Rhesusprophylaxe: Ja Nein Datum letzte Rhesusprophylaxe:

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 Totgeburten: Vorherige IR

Bemerkungen

Hausarzt Kein Hausarzt

Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein

Zuweisender Arzt

Arzt, der dem behandelnden Arzt (=Belegarzt / Vertragsarzt) zuweist

Mitbetreuender Arzt

Weiterer Belegarzt / Vertragsarzt der Klinik, der die Patientin ebenfalls behandelt

Datum *

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Anmeldender behandelnder Arzt (Belegarzt / Vertragsarzt) *

E-Mail:

GLN:

ZSR:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Hirslanden Klinik Linde