

Patientenanmeldung Frauenklinik Geburt und Schwangerschaft



**Spital
Zollikerberg**

Frauenklinik

Dr. med. Eduard Vlajkovic

Chefarzt und Klinikleiter Frauenklinik

Dr. Barbara Blöchliger-Wegmann

Chefärztin Geburtshilfe

Dr. med. Michael Winter

Leitender Arzt Geburtshilfe

PD Dr. med. Anke Reitter

Leitende Ärztin fetomaternale Medizin

Trichtenhäuserstrasse 20, CH-8125 Zollikerberg

T +41 44 397 24 15

frauenklinik@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort/Kanton: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Geschieden Ausgetragene Partnerschaft Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ E-Mail: _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten angewiesen.)

Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Halbprivat Privat Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartenummer KVG: _____ Versicherungskartenummer VVG: _____

Wie ist Ihr Baby versichert? Allgemein Halbprivat Privat

Wie wollen Sie liegen? Allgemein Halbprivat Privat

Zuweisungsgrund (Operation, gewünschte Untersuchung)

Geburt Geburt durch mich

Sectio Sectio durch mich

SS-Kontrollen ab _____ SSW durch Frauenklinik

Bitte Pat. Bei _____ SSW für US anbieten

SS-Kontrollen durch einweisenden Arzt bis zur Geburt

Pränataldiagnostik

Sprechstunde für Konfliktschwangerschaft

Für die Geburtsanmeldung:

_____ - Gravida _____ - Para

LP: _____ ET: _____ KT: _____

Blutgruppe/RH-Faktor: _____ irreguläre BG-AK: _____ Anti-D verabreicht: ja (Datum: _____) nein

ETT: _____ Amniocentese: _____

CVS: _____

Labor: Bitte Kopie von untenstehenden Originalbefunden beilegen oder mailen.

Blutgruppe / RH-Faktor / HBs-Ag aus 3. Trimenon (falls Impfung erfolgt: bitte Titer: _____ Hep C (bei evtl. Wassergeburt)/ HIV / Rubeolen

Ggf. Varizellen-Zoster / Cytomegalie / Toxoplasmose

Strepto-B-Vaginalabstrich 36. SSW

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes