



Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)	
Name / Vorname	
Geburtsdatum	AHV-Nr.:
Strasse / Nummer	
PLZ / Ort / Kanton	
Telefon	Privat: _____ Geschäft: _____ Mobil: _____
Zivilstand:	ledig verheiratet geschieden verwitwet

Frauenklinik

Chefarzt Dr. med. Eduard Vljakovic

Gynäkologie / Geburtshilfe FMH
Schwerpunkt Operative Gynäkologie / Geburtshilfe
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
frauenklinik@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 25 25 Praxis
Tel. +41 (0)44 397 24 15 Sekretariat
Fax +41 (0)44 397 20 10

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus des Patienten angewiesen. Bitte nennen Sie diese Daten untenstehend.)

allgemein grundversichert	allgemein ganze CH	privat	HP	Selbstzahler
Grundversicherung (KVG) / Sektion: _____		Zusatzversicherung (VVG) / Sektion: _____		
Wie ist Ihr Baby versichert?	allgemein	halbprivat	privat	
Wie möchten Sie liegen?	allgemein	halbprivat	privat	

Zuweisungsgrund (Operation, gewünschte Untersuchung)	
Geburt Geburt durch mich	Pränataldiagnostik
Sectio Sectio durch mich	Sprechstunde für Konfliktschwangerschaft
SS-Kontrollen ab _____ SSW durch Frauenklinik	_____
Bitte Pat. Bei _____ SSW für US anbieten	_____
SS-Kontrollen durch einweisenden Arzt bis zur Geburt	_____

Für 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 zusenden oder faxen ans Chefarztsekretariat

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 34. SSW

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Name Zuweiserin/Zuweiser: _____	Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin/Arztes
Name Hausarzt: _____	Datum: _____