|  |  |
| --- | --- |
| **ANMELDUNG ZUR GEBURT / PRIM. SECTIO**Anmeldung direkt an gewünschten Belegarzt/-ärztin oder an Klinik St. Anna, Geburtsabteilung E1:**hebammen.stanna@hirslanden.ch****T + 41 41 208 31 82** | **ZUWEISER/-IN EXTERN**Name VornameStrasse PLZ OrtTel.-Nr. Fax-Nr.E-Mail-Adresse |
| **Name, Vorname** |  | Geburtsdatum |  |
| Strasse, Nr. |  | Nationalität / Sprache |  |
| PLZ, Ort |  | Sozial-Vers.-Nummer |  |
| Telefon Privat, Mobile | **/** | Telefon Geschäft |  |
| Zivilstand |  | E-Mail |  |
| Beruf |  | Konfession |  |
| **Bezugsperson Name** Strasse, Nr.PLZ, Ort |  | BeziehungsgradTelefon |  |
| **Versicherung** | [ ]  P [ ]  HP [ ]  Allgemein |
|  | [ ]  Upgrade auf:  [ ]  Hirslanden-MA-Upgrade auf:  |
|  | [ ]  Wunsch Familienzimmer |
| Grundversicherung |  | Zusatzversicherung |  |
| Versicherungs-Nr. |  | Versicherungs-Nr. |  |
| Versichertenkarten-Nr. |  | Versichertenkarten-Nr. |  |
| **Wunsch Belegarzt/-ärztin:** | **Hausarzt:** |
| Grav:  | Para: | LP: | ET: | KT (US): |
| BG / Rh |  | Anti-D-Prophy.: | HIV |  |
| Coombs/BG-AK |  | HBV |  |
| Röteln |  | HCV |  |
| Strepto B | [ ]  neg [ ]  pos | abgenommen am:   | Lues |  |
| GTT |  | Weitere Serologie  |  |
| **Relevante Diagnosen** |  |
| **Allergien** |  |
| **Frühere SS/Geburten** |  |
| **SS-Verlauf** | [ ]  1. Trimestertest:  |
| **Besonderes****Risiken****Spezielle Wünschezur Geburt** |  |
| [ ]  **Primäre Sectio, weil:** |
| **MRSA-Risiko** | Stationärer Aufenthalt/Verlegung Spital Ausland/Tessin/Westschweiz (Franz. Teil) während den letzten3 Monaten: Ja [ ]  Nein [ ]  |
| **Multiresistente Erreger** | [ ]  MRSA [ ]  ESBL (mit Angabe des Keims): [ ]  Andere: [ ]  Datum Erstnachweis: [ ]  Nicht bekannt |
| **Bitte Laborresultate, Pränataldiagnostiken, Ultraschallbefunde und weitere Unterlagen mitsenden.**  |
| **Datum** |       |