

Farblegende

blau: zwingende Angaben

orange: werden zur Sectio vom Belegarzt*in ausgefüllt



ANMELDUNG ZUR GEBURT

Klinik



BC_F-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_4 - Anmeldung

PATIENTENANGABEN

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|--|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Name und Vorname der Eltern (bei Minderjährigen) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Mobile | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Strasse / Nummer | PLZ / Ort | Land | Nationalität |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sozialversicherungs-Nr. | Korrespondenz | | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I | | |

Eintritt von Zuhause unbekannt
 anderes Spital andere

Eintritt aufgrund **Mutterschaft** **Fallart** **stationär** **Privat** **Einbettzimmer** **Selbstzahler**
 Verlegung < 24 h ambulant **Halbprivat** **Zweibettzimmer** **Klassenwechsel auf Privat**
 Allg. grundvers. **Mehrbettzimmer** **Komfortzuschlag**
 Allg. ganze Schweiz

Grundversicherung KVG **Versicherten-Nummer** **VEKA-Nr. (20 Stellen)**

Zusatzversicherung VVG **Versicherten-Nummer**

Mitbehandl. Arzt (MCC) **Zuweiser** **Selbstzuweiser**

Hausarzt

Angaben zur Geburt / Aufnahme für Erkrankungen während der Schwangerschaft

Alter: **Para:** **Gravida:** **ET:** **LP:** **Korrigierter Termin (nach US):**

ICD10: **080 Spontangeburt** **CHOP Code:** **73.5 Manuell unterstützte Geburt** **Nebendiagnosen ICD Code:**
 082 Sectio **74.OX Klassische Sectio Caesarea** **Weitere Therapien CHOP Code:**

Eintrittsdatum: **Zeit:** **Vortag** **Dauer Aufenthalt Tage:**

OP-Datum **OP-Uhrzeit** **OP-Dauer (SNZ Min.)**

Operateur: **Assistent:** **Anästhesiesprechstunde:** ja nein

Anästhesierelevante Risikofaktoren (Pflichtfeld)

keine **Blutungsrisiko** **internistische Diagnosen** **Zeugen Jehovas**
 Gerinnungsstörungen **neurologische Besonderheiten** **weitere**

Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorangehende Schwangerschaften:

Gynäkologische Erkrankungen:

Codierrelevante Nebendiagnosen:
 O 24.4 Gestationsdiabetes
 O 24.0 / O24.1 Diabetes Typ 1/2
 O 13 Gestationshypertonie
 O 10 vorbestehende Hypertonie
 O 41.0 Oligohydramnion

Laborbefunde: ja nein **Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde bitte vor Geburt übermitteln!**

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:

Datum **Anmeldende Arztpraxis**