

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**
 Verlegung < 24 h ambulant

Privat Einbettzimmer Selbstzahler
 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
Hausarzt Selbstzuweiser

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 / Vorgehende Schwangerschaften:

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

Gynäkologische Erkrankungen:

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