

ANMELDUNG ZUR GEBURT

Klinik



BC_F-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_4 - Anmeldung

PATIENTENANGABEN

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

Eintritt von	<input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> anderes Spital	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
Eintritt aufgrund	Fallart	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allg. grundvers. <input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Klassenwechsel auf Privat <input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
<input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant			

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

Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nummer
_____	_____

Mitbehandl. Arzt (MCC)	_____	Zuweiser	_____
Hausarzt	_____	<input type="checkbox"/> Selbstzuweiser	

Angaben zur Geburt / Aufnahme für Erkrankungen während der Schwangerschaft

Alter: _____	Para: _____	Gravida: _____	ET: _____	LP: _____	Korrigierter Termin (nach US): _____
ICD10: <input type="checkbox"/> 080 Spontangeburt	CHOP Code: <input type="checkbox"/> 73.5 Manuell unterstützte Geburt	Nebendiagnosen ICD Code: _____			
<input type="checkbox"/> 082 Sectio	<input type="checkbox"/> 74.OX Klassische Sectio Caesarea	Weitere Therapien CHOP Code: _____			
Eintrittsdatum: _____	Zeit: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Vortag	Dauer Aufenthalt Tage: _____		
OP-Datum _____	OP-Uhrzeit _____	OP-Dauer (SNZ Min.) _____			
Operateur: _____	Assistent: _____	Anästhesiesprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Anästhesierelevante Risikofaktoren (Pflichtfeld)

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Blutungsrisiko	<input type="checkbox"/> internistische Diagnosen	<input type="checkbox"/> Zeugen Jehovas
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> neurologische Besonderheiten	<input type="checkbox"/> weitere _____	

Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorgehende Schwangerschaften: _____ _____	Codierrelevante Nebendiagnosen: <input type="checkbox"/> O 24.4 Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> O 24.0 / O24.1 Diabetes Typ 1/2 <input type="checkbox"/> O 13 Gestationshypertonie <input type="checkbox"/> O 10 vorbestehende Hypertonie <input type="checkbox"/> O 41.0 Oligohydramnion
Gynäkologische Erkrankungen: _____ _____	

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

Blutgruppe / Rh: _____	Allergien: _____
Rhesusprophylaxe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum letzte Rhesusprophylaxe: _____
Rubeolen: Immunität vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lues-Such-Reaktion: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Hepatitis: <input type="checkbox"/> HBsAg neg. <input type="checkbox"/> HBsAg pos. (Kind muss immunisiert werden)	HIV: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Strepto B: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
<input type="checkbox"/> Vorherige Totgeburten: _____	
<input type="checkbox"/> Vorherige IR: _____	

Datum	Anmeldende Arztpraxis
_____	_____