



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

**Geburtshaus Zollikerberg**  
Neuweg 8  
8125 Zollikerberg  
T 044 396 72 22  
geburtshaus@spitalzollikerberg.ch  
geburtshaus-zollikerberg.ch

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

allgemein grundversichert      allgemein ganze CH      All-in-Upgrade  
halbprivat      privat      Selbstzahler

**Die Geburt im Geburtshaus Zollikerberg bedingt ein Vorgespräch mit einer unserer Hebammen bis spätestens 30. Schwangerschaftswoche.**

**Für die Geburtsanmeldung**

\_\_\_\_ — Gravida      \_\_\_\_ — Para      LP: \_\_\_\_\_      ET: \_\_\_\_\_      KT: \_\_\_\_\_  
Blutgruppe/Rh-Faktor: \_\_\_\_\_      irreguläre BG-AK: \_\_\_\_\_      Anti-D verabreicht: ja (Datum: \_\_\_\_\_ )      nein  
ETT: \_\_\_\_\_      NIPT: \_\_\_\_\_      fetale Rhesus-      pos. (Datum: \_\_\_\_\_ )      neg.  
bestimmung  
AC/CVS: \_\_\_\_\_

*Labor: Bitte Kopie von untenstehenden Originalbefunden beilegen oder mailen.*

**Blutgruppe / RH-Faktor / HBs-Ag: (falls Impfung erfolgt: bitte Titer: \_\_\_\_\_ ) Hep C (bei evtl. Wassergeburt) / HIV / Rubeolen**

**Ggf. Varizellen-Zoster / Cytomegalie / Toxoplasmose**

**Strepto-B-Vaginalabstrich 36. SSW**

**Kurzdiagnose/Befunde:**

**Bemerkungen:**

Name Zuweiserin / Zuweiser:

Name Hausärztin / Hausarzt:

Stempel u. Unterschrift Zuweisende

Datum: \_\_\_\_\_