

Zuweisung



Geburtshaus Zollikerberg
am Spital Zollikerberg

Geburtshaus Zollikerberg
Neuweg 8
8125 Zollikerberg
T 044 397 72 22
geburtshaus@spitalzollikerberg.ch
geburtshaus-zollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)			
AHV-Nr.:	<input type="text"/>	Pat.ID:	<input type="text"/>
Name /Vorname:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Strasse / Nummer:	<input type="text"/>		
PLZ / Ort / Kanton:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Telefon:	Privat <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/> E-Mail <input type="text"/>
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.)			
<input type="checkbox"/> Allgemein grundversichert <input type="checkbox"/> Allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe <input type="checkbox"/> Selbstzahlerin			
Grundversicherung (KVG)/Sektion:	<input type="text"/>		
Zusatzversicherung (VVG)/Sektion:	<input type="text"/>		
Versicherungskartennummer KVG:	<input type="text"/>	Versicherungskartennummer VVG:	<input type="text"/>

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

Für die Geburtsanmeldung				
<input type="text"/> – Gravida	<input type="text"/> – Para	LP: <input type="text"/>	ET: <input type="text"/>	KT: <input type="text"/>
Blutgruppe/RH-Faktor: <input type="text"/>	irreguläre BG-AK: <input type="text"/>	Anti-D verabreicht: <input checked="" type="checkbox"/> ja (Datum: <input type="text"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
ETT: <input type="text"/>	NIPT: <input type="text"/>	fetale Rhesusbestimmung <input checked="" type="checkbox"/> pos. (Datum: <input type="text"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> neg.	
AC/CVS: <input type="text"/>	Labor: Bitte Kopie von untenstehenden Originalbefunden beilegen oder mailen.			
Blutgruppe / RH-Faktor / HBs-Ag: (falls Impfung erfolgt: bitte Titer: <input type="text"/>) Hep C (bei evtl. Wassergeburt) / HIV / Rubeolen Ggf. Varizellen-Zoster / Cytomegalie / Toxoplasmose Strepto-B-Vaginalabstrich 36. SSW				

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Name Zuweiser:in: <input type="text"/>	Kopie gewünscht, an <input type="text"/>
Name Hausärzt:in: <input type="text"/>	Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes Datum: <input type="text"/>

Formular senden

Formular drucken

Eingabe löschen