

# ANMELDUNG GEBURT

HIRSLANDEN KLINIK LINDE  
PATIENTENAUFNAHME  
BLUMENRAIN 105  
CH-2501 BIEL  
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64  
MAIL: PATIENTENAUFNAHME.LINDE@HIRSLANDEN.CH

**HIRSLANDEN**  
KLINIK LINDE  
CLINIQUE DES TILLEULS

\*  Geburt  
 Sectio  Neu Sectio (anstelle Geburt) Datum

## PATIENTENANGABEN

Name *	Vorname *	Geburtsdatum *	Name / Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
Strasse / Nummer *	PLZ *	Ort *	Land
Telefon *	Telefon	Telefon	E-Mail
Sozialversicherungs-Nr. *	Sprache * <input type="radio"/> D <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> E	Zivilstand	Nationalität / Heimatort

Eintritt von \*  Zuhause  Andere

<b>Fallart *</b> <input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> Ambulant plus <input type="radio"/> Selbstzahlerin	<b>Klasse *</b> <input type="radio"/> Allgemein OKP <input type="radio"/> Allg. ganze CH <input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Privat	<b>Upgrade</b> (Preis pro Aufenthalt) <input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Préférence CHF 1'500.00 <input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Privé CHF 2'000.00 <input type="radio"/> Upgrade HP in Hirslanden Privé CHF 1'000.00
--	--	---

**Grundversicherung** (Name KK) \* Policen-/Kundennummer \* VEKA-Nr. (20 Stellen) \*

**Zusatzversicherung** (Name) Policen-/Kundennummer

**Eintrittsdatum** **Aufenthaltsdauer** (in Tagen) \*  Vortageseintritt Nüchtern:  Ja  Nein

<b>Para</b>	<b>Gravida</b>	<b>ET</b>	<b>LP</b>	Korrigierter Termin (nach US)
<input type="checkbox"/> Sectio	OP-Datum Operateur Assistent 1	OP-Dauer (SNZ-Min.)		

## MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN \*

Geburt ICD10 O80 CHOP 73.59  Sectio ICD10 O82 CHOP 74.1  ICD10 CHOP

**Anästhesierelevante Risiken**  Keine  
 Gerinnungsstörungen  Neurologische Besonderheiten  Zeugen Jehovas  
 Blutungsrisiko  Internistische Diagnosen  Weitere

Wenn Risiko vorhanden --> Anästhesiesprechstunde T +41 32 366 43 82

**Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorgehende Schwangerschaften**

**Codierrelevante Nebendiagnosen**

**Gynäkologische Erkrankungen**

Keine  
 24.4 Gestationsdiabetes  
 24.0 / 24.1 Diabetes Typ 1 / 2  
 13 Gestationshypertonie  
 10 vorbestehende Hypertonie  
 41.0 Oligohydramnion

# ANMELDUNG GEBURT

HIRSLANDEN KLINIK LINDE  
PATIENTENAUFNAHME  
BLUMENRAIN 105  
CH-2501 BIEL  
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64  
MAIL: PATIENTENAUFNAHME.LINDE@HIRSLANDEN.CH

**HIRSLANDEN**  
KLINIK LINDE  
CLINIQUE DES TILLEULS

**Laborbefunde**  Ja  Nein

Bitte senden Sie Befunde & Schwangerschaftsverläufe direkt an die Geburtsabteilung: geburtenabteilung@hirslanden.ch

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

## Bemerkungen

**Hausarzt**  Kein Hausarzt

Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein

## Zuweisender Arzt

Arzt, der dem behandelnden Arzt (=Belegarzt / Vertragsarzt) zuweist

## Mitbetreuender Arzt

Weiterer Belegarzt / Vertragsarzt der Klinik, der die Patientin ebenfalls behandelt

**Datum** \*

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

**Anmeldender behandelnder Arzt (Belegarzt / Vertragsarzt) \***

E-Mail:

GLN:

ZSR:

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Hirslanden Klinik Linde