

Behandlung durch  Klinik Schwangerschaft & Geburt (Inhouse-Team)

Belegarzt\*ärztin: \_\_\_\_\_

Haus der Geburt: \_\_\_\_\_

mit Beleghebamme: \_\_\_\_\_

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Tel. / Mob.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Kostenträger**

Vers.-Klasse: \_\_\_\_\_  
 Grundvers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. OKP: \_\_\_\_\_  
 Zusatzvers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. VVG: \_\_\_\_\_

**Diagnosen, Angaben zur Geburt**

Geburtsstermin: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Gravida: \_\_\_\_\_ Akt. SS-Verlauf: \_\_\_\_\_ Rophylac am: \_\_\_\_\_

Risiken/Nebendiagnose/Medikamente/Probleme in der Schwangerschaft:

**Behandlung/Operation**

Geburtart:  Spontangeburt  
 primäre Sectio, Indikation: \_\_\_\_\_  
 Operationsdatum am: \_\_\_\_\_  
 Anästhesiesprechstunde:  Nein  Ja

**Wichtige Bemerkungen** (Bsp. ausserkantonale Hospitalisation, weitere)

**Bitte senden Sie mit der Zuweisung zwingend die folgenden Unterlagen mit:**

Befunde, Medikamentenlisten und Serologien (BG, Hep B, Rubella, HIV, Lues, Strepto B, Hep C)

**EinweiserIn**

Tel.: \_\_\_\_\_ Mob.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 GLN: \_\_\_\_\_ ZSR: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Klinik des Bethesda Spitals.