

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

Geburtstermin: _____ 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.