

# EINWEISUNGSFORMULAR ZUR GEBURT

**Konkordats-Nr. W607302 | Bitte in Blockschrift ausfüllen, vielen Dank!**

Anrede	Strasse, Nr.
Name	PLZ
Vorname	Ort
Lediger Name	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Tel. / Mobile	Beruf
Tel. Geschäft	Zivilstand
Nationalität	Konfession
Bürgerort	Name und Vorname des Partners
Behandelnde / r Ärztin / Arzt	Nachname des Ungeborenen
Zuweisende / r Ärztin / Arzt	Tel. / Mobile des Partners

## Krankenkasse

Grundversicherung	Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein OKP <input type="checkbox"/> Allgemein g. CH <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Policenkopie beigelegt <input type="checkbox"/> Upgrade <small>(kostenpflichtig)</small>	

LP	Geburtsstermin	korr. Termin
-Gravida	-Para SAFT	<b>Laborresultate (Kopie beilegen)</b>

Allergien	BG und Rh	Datum
	Antikörper	

Frühere Geburten (inkl. genaues Datum)	Anti-D: Datum
--	---------------

SS-Verlauf	Hbs-Antigen: Datum
	HIV: Datum

Krankheiten und OP	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
	Strepto B: Datum

Bemerkungen und Verordnung für die Geburt / das Wochenbett	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <small>(Mail direkt an Gebärsaal)</small>
	<input type="checkbox"/> Röteln

## Primäre Sectio

Indikation	OP-Datum
Eintrittsdatum	Vorgeschlagene Anästhesieart <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ass.-Gynäkologe / in	ICD-10
Plazentastudie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Besondere Eintritsverordnung	
------------------------------	--

Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-------	-------------------------------------

Lindenhofspital  
Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern  
Tel. +41 31 300 88 11 | Fax +41 31 300 80 57 | lindenhof@lindenhofgruppe.ch  
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE