

Name	Zivilstand
Vorname	Geburtsdatum
Strasse/Nummer	
PLZ/Ort	
Telefon/Natel Privat	Telefon Geschäft
Name Partner	
Grundversicherung (KVG)	Zusatzversicherung (VVG)

wird von Klinik VIP ausgefüllt	
Fall-Nummer	
Eintrittsdatum	
Eintrittszeit	
Wichtig	
Bettendisposition	

Versicherungsklasse

- Allgemein, ganze Schweiz
 Halbprivat
 Privat

Upgrade 1-er Zimmer Upgrade Familien-Zimmer

War PatientIn schon in der Klinik? Nein Ja

Geburt Sectio Ster p.p

Gravida	Para	Interruptio	St. n. Abort
---------	------	-------------	--------------

Errechneter Termin	geplanter Sectio-Termin
<input type="checkbox"/> n. US <input type="checkbox"/> n. LP	

Bitte vollständige Laborresultate mitschicken (Hepatitis, HIV, Röteln, Strepto B und BG)!

Risiken

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zwillinge | <input type="checkbox"/> Rhesuskonstellation | <input type="checkbox"/> Plazentationsstörung | <input type="checkbox"/> SS-Hypertonie | <input type="checkbox"/> BMI > 40 |
| <input type="checkbox"/> Fetale Risiken | <input type="checkbox"/> Beckenendlage | <input type="checkbox"/> Blutungsrisiko | <input type="checkbox"/> Ess. Hypertonie | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I) | <input type="checkbox"/> St. n. Sectio | <input type="checkbox"/> Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> Präeklampsie | <input type="checkbox"/> Sozial |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> St. n. Schulterdystokie | <input type="checkbox"/> Varikosis | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten |

Einnahme von Medikamenten / Allergien und Unverträglichkeiten

Bemerkungen zu Verlauf der Schwangerschaft/Ultraschallbefund und Verlauf der vorangegangenen Geburten und Wochenbett

Zusätzliche Verordnungen für Pflegedienst und OPS/Anästhesie

Die Klinik behält sich das Recht vor, die Aufnahme eines Patienten ohne jede Kostenfolge für die Klinik kurzfristig abzulehnen, falls vor dessen Eintritt keine zufriedenstellende Kostengutsprache eines Kostenträgers bzw. keine ausreichende Depotzahlung vorliegt.

Datum

 Einweisender Arzt
 (Stempel)

 Assistenzarzt
 (Stempel)