

Anmeldebogen für Gynäkologie und Geburtshilfe

Patientendaten

Name: (akad. Grad)	Vorname:
Name vor Eheschließung:	Geburtsdatum, -ort:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Geburtsland:	Religionsbekenntnis (freiwillig):

Adresse

Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel:	E-Mail:

Versicherungsdaten

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Beruf:	
Dienstgeber (Name):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin mitversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Hauptversicherter (Name, SV-Nr.):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Verwandtschaftsgrad:	Beruf:
Dienstgeber des Hauptversicherten:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	Versicherung (Name):
Polizzen-Nr.:	

Zusatzversicherung (Sonderklasse)

Versicherung (Name):	Polizzen-Nr.:
----------------------	---------------

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Patientenname: _____
 (wenn Bogen gefaxt wird, bitte Namen nochmals eintragen)
 F: 400 88-9099

Angehöriger – gesetzlicher Vertreter

Name:		Vorname:	
Verwandtschaftsgrad:		Tel.:	
Straße:			
PLZ:	Ort:		
Letzter Aufenthalt in unserem Krankenhaus:			
Name Ihres einweisenden Arztes/ Gynäkologen:			
Name Ihres Hausarztes/praktischen Arztes:			

Mein Religionsbekenntnis darf einem Vertreter meiner Glaubensgemeinschaft mitgeteilt werden:
 ja nein

Ich bin mit der Bekanntgabe meiner Daten an Krankenkassen, Versicherungen und Ämter zu verrechnungstechnischen und statistischen Zwecken einverstanden. Ich bin informiert, dass Wertgegenstände bei der Aufnahme in einem Safe deponiert werden können. Für nicht im Safe verwahrte Gegenstände kann das Krankenhaus keinerlei Haftung übernehmen.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einweisenden Arzt auszufüllen (Pflicht):

Aufnahmetag (Datum/Warteliste):		ICD-10-Code :	
Einweisungsdiagnose:			
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> OP am Aufnahmetag	
<input type="checkbox"/> Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Entlassung am Aufnahmetag	
<input type="checkbox"/> AKL	<input type="checkbox"/> SKL-MBZ	<input type="checkbox"/> SKL-EBZ	<input type="checkbox"/> SKL-BVA
Aufnahme mit geplantem Eingriff			
geplante OP (inkl. Besonderheiten):			
OP-Termin:	Voraussichtliche OP-Dauer (in h):	Voraussichtliches Entlassungsdatum:	
Geburt			
P:	BG/Rh:	Geplanter ET: (Datum)	
Hebamme: (Name)			
Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SKL- Paket	
Medikamente/ Allergien:			
Gewünschte Untersuchungen			
<input type="checkbox"/> C/P	<input type="checkbox"/> Labor _____	<input type="checkbox"/> Lat. UCG	
<input type="checkbox"/> OB/UB/N. Sono	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Urodynamik	
		<input type="checkbox"/> _____	
Therapievorschlag:			

_____ Datum

_____ Stampille und Unterschrift Einweisender Arzt