

Bethesda Spital AG
Gellertstrasse 144
4052 Basel

Abteilung Patientendisposition
Tel. +41 61 315 22 40
pat_admin@bethesda-spital.ch

Abteilungsleitung
Vera Herle

Personalien Patient/in

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Tel. Privat/Mobile:	Tel. Geschäft:	
Geburtsdatum:		
Krankenkasse/Versicherung:	Mitgliedsnr.:	
Zusatzversicherung:	Mitgliedsnr.:	
<input type="checkbox"/> Private Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivate Abteilung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung
Einweisende/r Ärztin/Arzt:	Mit Beleghebamme, Namentlich	
Eingriff wird durchgeführt von:	<input type="checkbox"/> Belegarzt	<input type="checkbox"/> Klinikarzt

Hauptdiagnose:

ICD-10: _____

Geburtstermin: _____ Para: _____

Gravida: _____ Frühere SS: _____

Aktueller SS-Verlauf: Ohne Probleme Mit Problemen

Nebendiagnosen: _____

Medikamente: _____

Serologien:

Blutgruppe:	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	Rophylac am:
Rubella IgG:	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
HIV:	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
HBs-AG	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
Anti-HCV	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
Strepto B:	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> noch ausstehend

Behandlung/Operation:

Spontangeburt CHOP / Tarmed

primäre Sectio, Indikation : CHOP / Tarmed

Anästhesiesprechstunde: ja nein

Operationsdatum am: _____

Absender-Informationen

Praxis-Adresse: _____

Ort/Datum: _____ Name/Vorname: _____

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen