

# ANMELDEFORMULAR GEBURT

## Patientin

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Tel./Mobile \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_

## Partner

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Tel./Mobile \_\_\_\_\_

## Behandelnde/r Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

## Zuweisende/r Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

## Spezielles

\_\_\_\_\_

## Nebendiagnosen

\_\_\_\_\_

## Krankenkasse Grundversicherung

Privat     Halbprivat     Allg. VVG     Allg. KVG

## Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_

## LP (Datum)

-Gravida

## Geburtstermin

-Para

## korr. Termin

SAFT:

## Primäre Sectio

### Indikation

\_\_\_\_\_

### Eintrittsdatum

### OP-Datum

\_\_\_\_\_

## Datum

## Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

(Bitte senden Sie uns allfällige weitere Unterlagen im E-Mail als Anhang mit. Danke.)

Per E-Mail senden

Lindenhofspital  
Geburtensekretariat  
Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern  
Tel. +41 31 300 83 63 | Fax +41 31 300 86 63  
aanmeldung.geburtensekretariat@lindenhofgruppe.ch  
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE