

Universitätsspital Basel
Frauenklinik
Chefarztsekretariat
Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin
Spitalstrasse 21
4031 Basel
Fax: 061 265 91 98, E-Mail: CAsekr.Geburtshilfe@usb.ch

Überweisung zur Geburt in der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

Patientinnendaten

Name:

Vorname:

Strasse:

Postleitzahl:

Land:

Geburtsdatum:

Muttersprache:* d f i Sonstige:

Nummer:

Ort:

Nationalität / Heimatort:

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Telefonnummer privat:

Telefonnummer Partner:

Telefonnummer Geschäft:

Grundversicherung KVG

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Zusatzversicherung

Typ:* 3. Klasse ganze Schweiz

2. Klasse (halbprivat)

1. Klasse (privat)

Sonstige:

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Frauenklinik / Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin
Anmeldung zur Geburt



Universitätsspital Basel
Frauenklinik
Chefarztsekretariat
Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin
Spitalstrasse 21
4031 Basel
Fax: 061 265 91 98, E-Mail: CAsekr.Geburtshilfe@usb.ch

Diagnose:

Datum: **Name, Adresse und Telefonnummer des/der einweisenden Arztes / Ärztin:**

Beilagen:

[Formular senden](#)

[Formular drucken](#)

[Formular speichern](#)

[Dokumente zufügen](#)