



Personalien für die Betreuung durch die freiberufliche Hebamme

Diese Angaben sind vertraulich und werden für die Betreuung und Statistik benötigt.

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon Privat	
Strasse		Telefon Mobile	
PLZ / Ort		Telefon Kontaktperson	
E-Mail		Name Kontaktperson	
Zivilstand		Beruf	
Krankenkasse Grundversicherung		Nationalität	
AHV-Nummer	756.	Kartenummer und Gültigkeit	807
Gynäkologe/in		Versicherungs-Nr.	
Geburtsort		Kinderarzt/ ärztin	
Wievielte Schwangerschaft und wieviertes Kind		Errechneter Geburtstermin	
Besonderheiten vorherige Schwangerschaft(en) (Fehlgeburt)			
Besonderheiten jetzige Schwangerschaft (Blutungen, Erkrankungen, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, anderes)			
Geburtsdatum, Geburtsart und Ort vorangegangener Kind(er)			
Stillererfahrung? Wenn ja welche und wie lange?			
Blutgruppe und Rhesusfaktor		Allergien	
Nehmen Sie Medikamente?		Rauchen sie?	
Erkrankungen von Ihnen selber? Hatten Sie Operationen, schwere Unfälle?			
Schwere Erkrankungen in der Familie resp. beim Partner?			
Konsultation bei einer anderen freipraktizierenden Hebamme?			

Vielen Dank für das Ausfüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte retournieren Sie mir dieses Formular per Mail oder Post.

Mit den Angaben der Personalien ist Ihre Anmeldung definitiv.

Einverständniserklärung

Ich erteile die Erlaubnis, dass die erforderlichen Daten für die Rechnungsstellung elektronisch der Krankenkasse weitergeleitet sowie für die anonymisierte Statistik verwendet werden. Falls meine Hebamme während der Betreuung durch eine andere Hebamme vertreten wird, gestatte ich auch ihr die Einsicht in meine Akten.

Ort/ Datum:

Unterschrift: