**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. | Kartennummer und Gültigkeit | 807 |
| Gynäkologe/in |  | Versicherungs-Nr. |  |
| Geburtsort |  | Kinderarzt/ ärztin |  |
| Wievielte Schwangerschaft und wievieltes Kind |  | Errechneter Geburtstermin |  |
| Besonderheiten vorherige Schwangerschaft(en) (Fehlgeburt) | |  | |
| Besonderheiten jetzige Schwangerschaft (Blutungen, Erkrankungen, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, anderes) | |  | |
| Geburtsdatum, Geburtsart und Ort vorangegangener Kind(er) | |  | |
| Stillerfahrung? 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 das ausgefüllte Formular.

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: ……………………………………………