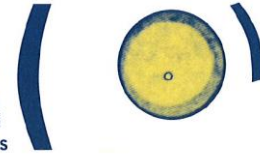


### Personalien für die Betreuung durch die freiberufliche Hebamme

Diese Angaben sind vertraulich und werden für unsere Arbeit und Statistik benötigt. Auch verkürzen sie meine Befragung, wenn ich Sie das erste Mal sehe und ich werde mehr Zeit für Ihre Anliegen haben.

Name und Vorname		Adresse und Wohnort	
Email Adresse	Tel. Privat		Telefon Natel
Geburtsdatum	Nationalität		Zivilstand
Beruf	Anstellungsverhältnis in %	Wann haben Sie aufgehört zu arbeiten?	
Wann beginnen sie nach der Geburt wieder zu arbeiten?			
Zeitpunkt bekannt                      Wochen nach der Geburt.			
<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme geplant/Zeitpunkt unbekannt.		<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme nicht geplant.	
Name und Beruf Partner			
Krankenkasse/ Kostenträger Grundversicherung	Adresse Krankenkasse		Versicherungsnummer
AHV-Nummer			
Schwangerschaftskontrollen bei: (Ärztin/Arzt/Hebamme)	Kinderärztin/ -arzt		Geplanter Geburtsort
Wievielte Schwangerschaft	Besonderheiten vorherige Schwangerschaften (Fehlgeburt)		
Besonderheiten jetzige Schwangerschaft (Blutungen, Erkrankungen, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, anderes)			
Wievieltens Kind	Erster Tag Letzter Periode		Geburtstermin
Geburtsdatum, Geburtsart und Ort vorangegangener Kind(er)			
Stillerfahrung? Wenn ja welche und wie lange?			



Blutgruppe und Rhesusfaktor	Haben Sie Allergien?  Grösse      Gewicht vor SS	Nehmen Sie Medikamente? Rauchen sie?
Erkrankungen von Ihnen selber? Hatten Sie Operationen, schwere Unfälle?		
Hüftprobleme?	Schwere Erkrankungen in der Familie resp. beim Partner?	
Konsultation bei einer anderen freipraktizierenden Hebamme?	Geburtsvorbereitungskurs besucht? Bei wem und wo?	

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

Die Angaben Ihrer Personalien machen 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: .....