

# Anmeldung für die Wochenbettbetreuung Zuhause

Name: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	
Telefon Festnetz: _____	Natel: _____
Email: _____	
Geburtsdatum: _____	Nationalität: _____
Beruf: _____	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>
Name des Partners: _____	Zivilstand: _____
Wieviertes Kind: _____	Wievierte Schwangerschaft: _____
Besonderheiten der Schwangerschaft: _____	
_____	
_____	
Vorgegangene Geburten: _____	
_____	
_____	
Blutgruppe und Rhesusfaktor: _____	War die Geburt Ambulant: _____
Behandelnde ÄrztIn: _____	KinderärztIn: _____
Krankenkasse: _____	Adresse der Krankenkasse: _____
PolicenNr: _____	
Sozialversicherungsnummer: _____	

Ich bin damit einverstanden, dass Daten aus diesem geburtshilflichen Dossier in anonymisierter Form und ausschliesslich für statistische Zwecke weitergegeben werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden sie mir dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück!

Doris Schlegel, Im Ahorn 2, 8125 Zollikerberg, [info@hebamme-dorisschlegel.ch](mailto:info@hebamme-dorisschlegel.ch), Tel: 076 343 23 77