**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.  Wiederaufnahme geplant/Zeitpunkt unbekannt.  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) | | | |
| Wievieltes 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: ……………………………………………