

Personalien

Vorname		Name	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon Mobil		E-Mail	
Geburtsdatum		Geburtszeit	
Geburtsort (Land)		Blutgruppe, Rhesusfaktor	_____ Rh. <input type="checkbox"/> pos. / <input type="checkbox"/> neg.
Zivilstand		Nationalität	
Beruf / Tätigkeit		AHV-Nr.	756.
Sprache (Deutsch, Englisch)	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Übersetzer*in vor Ort	Wievielte Schwangerschaft / wieviertes Kind	Anz. / Anz. <input type="checkbox"/> Zwillinge

Kontakte

Krankenkasse		Versicherungs-Nr.	
Karten-Nr.	807	Gültigkeit	
Frauenarzt*in, Ort		Kinderarzt*in, Ort	
Vorname, Name Partner*in		Telefon Partner*in	
Blutgruppe Kindsvater	_____ Rh. <input type="checkbox"/> pos. / <input type="checkbox"/> neg.	Allergien Kindsvater	

Angaben zur Gesundheit und Vorsorge

Rauchen Sie?		Trinken Sie Alkohol?	
Nehmen Sie Drogen?		Haben Sie Allergien? Welche?	
Nehmen Sie Medikamente? Welche?			
Gibt es in Ihrer oder der Familie des Kindsvaters bekannte erbliche Krankheiten?			
Haben / hatten Sie schwere Erkrankungen, Unfälle oder Operationen? Wann?			
Waren / sind Sie in psychologischer / psycho- therapeutischer Behandlung? Wann? Warum?			
Soziales / Familiäres Umfeld: Wer kann die Familie bei Bedarf unterstützen?			
Möchten Sie Stillen?		Bereiten Sie sich auf diese Geburt vor? Wie?	

Angaben zu dieser Schwangerschaft

Gewicht vor der Schwan- gerschaft		Körpergrösse	
Geburtsstermin ev. n. Ultra- schall korrigiert		Datum letzte Periode / Zykluslänge (28 Tage?)	_____ / ____ Tage
Geplanter Geburtsort		<input type="checkbox"/> Ambulante Geburt <input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt → Datum: _____	
Besonderheiten in der aktuellen Schwangerschaft (Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, Blutungen, Wehen, Medikamente, Erkrankungen, stationäre Behandlung, spezielle Untersuchungen)			

Angaben zu früheren Schwangerschaften

Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, etc.			
Jahr			
Schwangerschaftswoche			
mit Ausschabung?			
Besonderheiten			
Name: Frühere Geburten	1. Kind:	2. Kind:	3. Kind:
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Schwangerschaftswoche			
Geschlecht / Gewicht	_____ / _____ g	_____ / _____ g	_____ / _____ g
Besonderheiten während der Schwangerschaft			
Besonderheiten bei der Geburt			
Besonderheiten im Wochenbett			
Kind gesund?			
Stillerfahrung, -dauer?			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt habe. Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten für die Hebammensoftware (Dokumentation, Abrechnung und anonymisierter Statistik) weitergeleitet respektive verwendet werden. Falls meine Hebamme während der Betreuung durch eine andere Hebamme vertreten wird, gestatte ich auch ihr die Einsicht in meine Akten. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Hebamme mit den von mir angegebenen Kontaktpersonen und Fachpersonen in meinem Sinn Kontakt aufnimmt und entbinde Sie diesen Personen gegenüber von der Schweigepflicht.

Ich wünsche folgende Betreuung: Schwangerschaftskontrollen Wochenbettbetreuung

Ich wünsche eine begleitende Human Design Beratung von mir und meinem Kind.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich werde in den nächsten Tagen Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Die Anmeldung wird mit der Zustellung des unterschriebenen Formulars und der Überweisung der Pikettgeldentschädigung definitiv.

Für eine sichere Kommunikation (insbesondere Bildmaterial) werden Apps wie Signal oder Threema, per Post oder mit einem verschlüsselten E-Mail-Account empfohlen. Ausgefülltes, unterschriebenes Formular bitte einsenden an:

A. Rossdeutsch, Human Design Hebamme, Hauptstrasse 21, 5330 Bad Zurzach / info@humandesgin-hebamme.ch