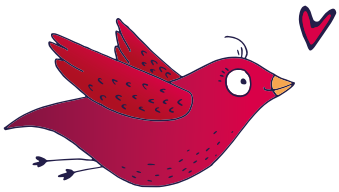

DIAKOVERE HENRIKE
MUTTER-KIND-ZENTRUM AUF DER BULT

INFOS: KRS.HENRIKE@DIAKOVERE.DE

Anmeldung zur Geburt

ERRECHNETER GEBURTSTERMIN

Liebe werdende Eltern,
wir wünschen Ihnen eine schöne Schwangerschaft und freuen uns auf Sie!
Mit Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens sind Sie zur Geburt angemeldet.

NAME | VORNAME | GEBURTSDATUM

WOHNORT | PLZ | STRASSE

TELEFON / MOBIL | E-MAIL

BERUF | HERKUNFTSLAND | SPRACHE

FAMILIENSTAND | NAME EHE-/PARTNER*IN

TELEFON / MOBIL | BERUF EHE-/PARTNER*IN

KRANKENKASSE

GEWÜNSCHTE WAHLLEISTUNGEN (NACH VERFÜGBARKEIT) ◯ ÄRZTLICHE LEISTUNGEN ◯ FAMILIENZIMMER

FRAUENARZT/-ÄRZTIN | BETREUENDE HEBAMME

KINDERARZT/-ÄRZTIN (GEPLANT)

LETZTE REGEL | GRÖSSE | GEWICHT VOR SCHWANGERSCHAFT

VORERKRANKUNGEN

ALLERGIEN ◯ RAUCHERIN

FAMILIÄRE / BESONDERE ERKRANKUNGEN ◯ HÜFTERKRANKUNG ◯ ANDERE

OPERATIONEN ◯ VOLLNARKOSE | MEDIKAMENTE

GEBURTEN BISHER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	ART DER GEBURT		STILLDAUER
				◯ GESTILLT	
				◯ GESTILLT	
				◯ GESTILLT	
				◯ GESTILLT	

	DATUM	SSW	OP	DATUM	SSW	OP	DATUM	SSW	OP
FEHLGEBURTEN			◯			◯			◯
SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE			◯			◯			◯

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

BESONDERHEITEN IM BISHERIGEN SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

SENDEN | DRUCKEN

V12707202 6PZ