

ANMELDUNG WOCHENBETT



Vor- und Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Entlassungsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Vorherige Geburten: normale Geburt Vakuumextraktion Zange Kaiserschnitt

Name des Kindes: _____

Geburtstag und Uhrzeit: _____

Geburtsgewicht: _____

Entlassungsgewicht: _____

PRAXIS

Gutenbergstraße 21
55294 Bodenheim

KONTAKT

(061 35) 7 07 22 83
hebamme@nicole-albes.de



ANMELDUNG WOCHENBETT



Geburtsart: normale Geburt PDA
 Zange / Saugglocke
 Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt

Naht: Dammschnitt / -riß Labienriß
 Scheidenriß Nahtprobleme
 Schmerzen Hämatom

Stillen: Ja Nein

Milcheinschuß am: _____ (Datum eintragen)

Abgestillt am: _____ (Datum eintragen)

Stillprobleme? _____ (Bitte Grund angeben)

Gelbsuchtwert / Bilirubinwert: _____

Grünes Fruchtwasser: Ja Nein

Eisenwert der Mutter: _____

Gestationsdiabetes: Ja Nein

β -Streptokokken: Ja Nein

Besonderheiten Schwangerschaft: nach der Geburt Nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

PRAXIS

Gutenbergstraße 21
55294 Bodenheim

KONTAKT

(061 35) 7 07 22 83
hebamme@nicole-albes.de