

Personalienblatt

Name & Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Email

Name Grundversicherung

AHV-Nr.

Name Zusatzversicherung, wenn vorhanden

Name Gynäko-login/loge

Name Kinderarzt

Beruf

Berufstätig

Ja

Nein

Wiederaufnahme geplant

Ja

Nein

Wenn ja, wann ?

Partner*in Name

Partnertelefon

Name Kinder

Jetztige Schwangerschaft

Errechneter Termin

BG und Rhesus

Gravität

Parität

Allergien

Ja

Nein

Wenn ja, was ?

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, dass Daten aus meinem elektronischen Dossier anonymisiert für statistische Zwecke weitergegeben werden. Ich weiss, dass die betreuenden Hebammen der Hebammenpraxis Einblick in mein elektronisches Dossier haben und ich kläre mich damit einverstanden. Ich bin aufgeklärt, dass die Kommunikation über das WhatsApp aus Datenschutzgründen nicht empfohlen wird.

Ort, Datum

Unterschrift
