

## Anamnesebogen Wochenbettambulanz

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir Ihren Besuch in der Wochenbettambulanz bestmöglich vorbereiten und Sie individuell beraten können. Den ausgefüllten Bogen bringen Sie bitte zu Ihrem Termin mit!

Zum vereinbarten Termin bringen Sie bitte Ihren Mutterpass, Ihre Krankenkassenkarte, das gelbe Kinderuntersuchungsheft und ein großes Handtuch mit.

Nachname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Alter:
Adresse:(Straße, Hausnummer, PLZ, Stadt):	
Telefon:	Email:
Nach-/Vorname des Partners/Partnerin/Angehörige:	
Telefon:	

### Versichertendaten:

Name der Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Nummer der Versicherung	gültig bis:

### Behandelnde Ärzte:

Gynäkologe/in:
Kinderarzt/in:

## Geburt:

errechneter Entbindungstermin:

tatsächliches Geburtsdatum Kind:

Entlassungsdatum:

Geburtsklinik:

## Entbindungsart

Spontangeburt?:  ja  nein

Vakuum, Zange, Kaiserschnitt?:

Besonderheiten/Komplikationen:  ja  nein

Wenn „ja“ bitte beschreiben:

Geburtsverletzungen  ja  nein ( wenn „ja“ welche?):

Hb –Wert der Mutter bei Entlassung:

## Anamnese Mutter:

Anzahl bisheriger Schwangerschaften:

Anzahl bisherige Geburten:

Blutgruppe:

**Allergien:**  ja  nein ( wenn „ja“ welche?):

**Dauermedikation:**  ja  nein (wenn „ja“ welche?):

**Diabetes/ Schwangerschaftsdiabetes:**  ja  nein

Wenn „ja“ , insulinpflichtig  diätetisch eingestellt

**Sonstige Vorerkrankungen:**

**Alkohol-/Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und/oder aktuell:**

ja  nein

**Hatten Sie schon eine Operation**  ja  nein

**Wenn „ja“ wann und welche?**

**Familienanamnese( gibt es Vorerkrankungen innerhalb der Familie z.B bei Eltern, Geschwistern):**  ja  nein

**Wenn „ja“ um welche Vorerkrankungen handelt es sich?**



## Psychischer Zustand :

stabil:  ja  nein

antriebslos:  ja  nein

verstimmt/ depressiv:  ja  nein

Wenn „ja“ bitte beschreiben:


## Anamnese Neugeborenes:

Name:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Apgar:

Ph-Wert:

U2 gelaufen am:

Entlassungsgewicht:

Besonderheiten/ Auffälligkeiten:

--

Neugeborenenenscreening gelaufen am:

Hörtest  ja  nein ( wenn „ja“ gelaufen am):

1.Vit.K Gabe erhalten am:

2.Vit.K Gabe erhalten am:

Vit-D Gabe ( ab/ seit):

Name des Präparates:

### Ernährung des Kindes:

Muttermilch?

Formulanahrung ( wenn ja, welche)?:

Kombination:

Milchpumpe:

Besonderheiten:

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, werden die Besuche in der Wochenbettambulanz von der Krankenkasse übernommen. Falls Sie privat versichert sind, klären Sie die Kostenübernahme der Wochenbettbetreuung im Vorhinein mit Ihrer Versicherung ab.

**Die Leistungsempfängerin ist nicht verpflichtet, alle Hebammenleistungen ausschließlich durch die Hebamme der Wochenbettambulanz erbringen zu lassen. Falls sie jedoch Leistung einer anderen Hebamme in Anspruch nimmt oder genommen hat, ist sie verpflichtet, die Hebamme darüber zu informieren, da die Krankenkasse/Versicherung nur ein bestimmtes Kontingent an Besuchen, Telefonaten, Mails und anderen Kontakten übernimmt.**

**Sollte das Kontingent der Krankenkasse/Versicherung überschritten werden, dann gilt die Privatgebührenverordnung für Hebammen vereinbart und die Leistungsempfängerin verpflichtet sich die Kosten privat zu tragen.**

**In der Wochenbettambulanz werden Termine nur nach vorheriger Vereinbarung vergeben. Wir bitten Sie dringend, den vereinbarten Termin wahrzunehmen. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir, so rechtzeitig den Termin abzusagen (mind. 24h vorher), dass wir über den Termin anderweitig verfügen können. Sollten Sie, ohne rechtzeitige Absage, den Termin nicht wahrnehmen, dann müssten wir Ihnen den dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen.**

**Außerhalb der Sprechzeiten ist die Nachsorgeambulanz geschlossen, in dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an Ihren Gynäkologen/Kinderarzt, ihre Entbindungs- oder eine Kinderklinik.**

**Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung. Ich bin einverstanden, dass durch die in der Wochenbettambulanz tätigen Hebammen meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder Ihnen selbst (z.B. als Privatversicherte), zur Betreuungs- Dokumentation und Erstellen von Übergabeprotokollen oder Arztbriefen**

**Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden.**

**Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur Dokumentation der Betreuung oder Leistungserbringung. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass**

**➤ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.**

**➤ die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass die Behandlung nicht**

**erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann.**

- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.**
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft, diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.**

**Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöscht. Die Ambulanz wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.**

**Ich erkläre nach bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben wahr, richtig, vollständig und zutreffend sind und ich den Bedingungen der Hebammen, zur Terminvereinbarung zustimme.**

**Ort, Datum, Unterschrift**