

## Patientenbogen

Um uns während des Termins voll auf Mutter und Kind konzentrieren zu können, füllen sie bitte diesen Bogen gewissenhaft und nach Möglichkeit vollständig aus.

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Frau \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Wieviertes Kind \_\_\_\_\_

Geburtsmodus(normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zangen) \_\_\_\_\_

Geburtsverletzung (Dammriss, Scheidenriss) \_\_\_\_\_

SSW der Geburt (z.B. 38+4) \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei  
Geburt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewicht des Kindes \_\_\_\_\_

Länge des Kindes \_\_\_\_\_

Grunderkrankungen(z.B. Allergien, Schilddrüsen-, Herz-, Lungenerkrankungen, Thrombose,  
etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wichtiges Anliegen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_