

## **Wochenbett-Ambulanz und Hebammensprechstunde**

in der Elternschule des DRK Westend Krankenhauses  
Spandauer Damm 130  
Haus 9, 2.Etage, Raum 4  
Montag 15:00-17:00 Uhr  
Hebamme Miriam Strecker

### **Patientenbogen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Geburt in wievielter Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Gewicht und Länge des Kindes : \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei / nach der Geburt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Grunderkrankungen (z.B.Allergien,Schilddrüse,Herz- Lungenerkrankung,  
Thrombose, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_