

Anmeldung zur Wochenbettbetreuung

Name : Vorname:

Geburtsdatum :

Straße : PLZ: Ort:

Telefon : Email-Adr.:

(bitte deutlich schreiben !!)

Kinder (Para) : wievielte Schwangerschaft (Gravida) :

voraussichtlicher Geburtstermin:!!

Krankenkasse : privat:

Versicherungs-Nr. : (mit einem Buchstaben beginnend)

Kassen-Nr. :

Kartengültigkeit bis :

Gabi Detel, Hebamme
Torackerstraße 17
79183 Waldkirch-Buchholz
- nachfolgend Hebamme genannt -

Behandlungsvertrag

Allgemeine Vertragsbedingungen

Diese allgemeinen Vertragsbedingungen gelten für die vertraglichen Beziehungen der oben genannten Hebamme.

Leistungen: Ja, ich nehme die Dienste der freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch und beziehe von ihr die erforderlichen Hebammenleistungen. Diese bestehen insbesondere in der Beratung, der Schwangerenvorsorge, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, Geburtsvorbereitung, CTG-Überwachungen, Wochenbettbetreuung, Beratung während der Stillzeit und Rückbildungskurs.

Wahlleistungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung und bedürfen einer gesonderten Vereinbarung. Ebenfalls nicht umfasst sind Krankentransporte, ärztliche Leistungen so wie die Leistungen anderer Berufsgruppen.

Terminverlegungen: Da die Hebamme berufsbedingt manchmal zu unplanmäßigen Einsätzen gerufen wird, kann sie gelegentlich Termine kurzfristig nicht wahrnehmen. In solchen Fällen wird sie so schnell wie möglich Bescheid geben und das weitere Vorgehen besprechen.

Kostenübernahme: Leistungen, die auf Grundlage des Vertrages über die Vorsorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V erfolgen, werden von der Hebamme direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Für Anzahl oder Umfang der erstattungsfähigen Leistungen gelten Höchstgrenzen, über deren Erreichen die Hebamme mich rechtzeitig bei Bedarf aufklären wird.

Eigenanteil: In folgenden Fällen werden die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen und werden mir daher als Selbstzahlerin privat in Rechnung gestellt.

- Falls keine gültige Mitgliedschaft der o.g. Krankenkasse festgestellt werden kann.
- Vereinbarte Termine, die von mir nicht eingehalten wurden und nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden.
- Falls Leistungen bei mehreren Hebammen in Anspruch genommen werden und dadurch die erstattungsfähigen Kontingente überschritten werden. Um dies zu vermeiden, werde ich die Hebamme über

alle Leistungen informieren, die ich bei einer Kollegin auf Kassenkosten in Anspruch nehme bzw. in Anspruch genommen habe.

- Weitere Wahlleistungen werden separat vereinbart.

Privatrechnungen: Private Rechnungen der Hebamme an Selbstzahlerinnen sind innerhalb der vereinbarten Frist zu zahlen, unabhängig von der Erstattungsdauer durch die Versicherung oder die Beihilfestelle (§ 286 Abs. 3 BGB). Hinweis: Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang und der Höhe der Hebammenhilfe erheblich. Einige preiswerte Tarife schließen Hebammenhilfe komplett aus, andere erstatten großzügig. Die Hebamme hat keine Kenntnis über den Inhalt der verschiedenen Versicherungstarife. Bei Zahlungsverzug wird neben den Verzugszinsen für jede Mahnung eine Mahngebühr von 5,00 Euro berechnet.

Haftung: Die Hebamme haftet für Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Für die Tätigkeit jeder Hebamme im Rahmen dieses Vertrages besteht eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer angemessenen Deckungssumme. Sofern ein Arzt hinzugezogen wird, entsteht zu diesem ein selbständiges Vertragsverhältnis. Die Hebamme haftet nicht für die ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen.

Telefonische Erreichbarkeit/Vertretungsregelung: Sollte ich im Urlaub, Fortbildung o.ä. sein, so werde ich in erster Linie von meiner Kollegin Hebamme Franziska Thoma unter der Tel. Nr. 07681 - 3624 vertreten (hören Sie bitte die Ansage auf meinem Anrufbeantworter vollständig ab). Sonstige telefonische Anfragen/Problem können Sie in meiner Abwesenheit auf meinen Anrufbeantworter mit Problemschilderung und Rückruf-Telefonnummer sprechen. Ich versuche Sie bald möglichst zurückzurufen. In für Sie dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an Ihre Geburtsklinik oder Ihre Arztpraxis.

Datenschutz: Lesen Sie hierzu bitte die auf der Homepage unter dem Button „Datenschutz“ hinterlegte Erklärung!

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe die Erklärung zum Datenschutz gelesen!! Mit dem Inhalt dieser Vereinbarungen zwischen mir und der Hebamme Gabi Detel bin ich einverstanden. Von allen Dokumenten habe ich eine Kopie für meine Unterlagen angefertigt. Änderungen dieser Vereinbarung und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

**Zur verbindlichen Anmeldung senden Sie mir bitte diese 3 Seite (zzgl. Anamnesebögen) unterschrieben
zu**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Gabi Detel, Hebamme; Torackerstraße 17; 79183 Waldkirch-Buchholz; Tel.-Nr. 07681-2887

Anamnese der Mutter vor der Geburt

Die Anamnese dient der ganzheitlichen Wahrnehmung und Erfassung

Name: _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Partner: _____

Gynäkologin: _____

Teil 1 siehe auch Mutterpass

Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm

Ausgangsgewicht: _____ kg

wievielte SS: _____

wieviel Kinder : _____

Letzte Periode vor der Schwangerschaft: _____

Errechneter Entbindungstermin (ET): _____

korrigierter Entbindungstermin: _____

Blutgruppe: _____

RH pos

Rh neg

Wie waren Ihre Perioden?

über 28 Tage

28 Tage

unter 28 Tage

Anamnese: frühere Geburten, Fehlgeburten, auch Abbrüche

	1. Schwangerschaft	2. Schwangerschaft	3. Schwangerschaft
Datum der Geburt			
Name des Kindes			
SS - Verlauf			
Geburtsort			
Hebamme			
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>			
Wurde die Geburt eingeleitet?			
Hatte Sie eine PDA?			
Geburtsmodus			
Geburtsdauer			
Haben Sie vermehrt geblutet?			
Kam die Nachgeburt problemlos?			
Kam die Nachgeburt vollständig?			
Hatten Sie Geb.Verletzungen?			
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>			
Gewicht. L, KU, APGAR, pH			
Wochenbettverlauf			
Stillzeit wie lange?			

Anamnese der Schwangeren:

	ja	nein
1 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Niere, ZNS, Psyche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutungs- / Thromboseneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Allergie, ggf. welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Frühere Bluttransfusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Besondere psychische Belastungen (familiär oder beruflich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Besondere soziale Belastung (Integration, wirtschaftliche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Skelettanomalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SS-Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hatten Sie schon Operationen? ggf. welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Gibt es Schwierigkeiten in der SS ggf. welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Nehmen Sie Medikamente in der SS? ggf. welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Hatten Sie eine stationäre Behandlungen im KH während der SS? Grund: _____ wie lange: _____ in welchem KH: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Besonderheiten der Brust oder Brustwarzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Können Sie seelische und körperlichen Veränderungen der SS gut akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Gibt es Ängste, Befürchtungen, Sorgen, Nöte? Welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Welche Erwartungen haben Sie an die Hebamme? _____ _____ _____		
19 Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten? _____ _____ _____		
20 Hatten Sie in der SS eine Scheidenpilzinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Besonderheiten in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Andere Besonderheiten? ggf. welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2:

Anamnese: Wird mit der Hebamme zusammen ausgefüllt

Name: _____

Adresse: _____

geboren: _____

Serologische Untersuchungen / Diagnostik

Blutgruppe: _____ Rh-Faktor: _____

Anti-D-Prophylaxe am: _____

Hb Schwangerschaftsbeginn: _____

	Datum	Befund
1. Antikörper-Suchtest		neg. / pos.
2. Antikörper-Suchtest		neg. / pos.
3. Antikörper-Suchtest		neg. / pos.

Röteln-HAH-Titer		
Immunität anzunehmen		ja / nein

LSR durchgeführt	ja / nein	PAP	
HIV durchgeführt	ja / nein	Besonderheiten:	
HBs-Antigen	neg. / pos.		

Toxoplasmose	
Immunität vorhanden	ja / nein

Chlamydien	neg. / pos.
β-Strptokokken / vag. Abstrich	neg. / pos.
Urinbefunde	E: _____ Z: _____ N: _____ B: _____

OGTT (Oraler Glucosetoleranztest)	Datum: _____
-----------------------------------	--------------

Pränataldiagnostik

Ersttrimeterscreening	
Nackentransparenz-Messung	
Amniozentese	
Organ-Ulltraschall	
Genetische Untersuchungen	