

Anmeldung zum Geburtsvorbereitungskurs

Bitte ausfüllen, unterschreiben und an mich schicken; Adresse siehe unten

Kurs-Nr.: Zeit vom: bis: (7 Abende a 2 Std.)

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 :

Der Kurs umfasst folgende Themen: Körperarbeit, Atmung (Atemübungen), Entspannungsübungen, Massagen, Partnerübungen, Gespräche über die einzelnen Geburtsphasen, Stillen, Wochenbett, Kliniksituation, ambulante Geburt, Bedürfnisse des Neugeborenen usw.

Bitte zum Kurs mitbringen: Bequeme Kleidung, Decke oder größeres Handtuch, Socken.

Die Kursgebühren werden bei gesetzlich versicherten Frauen von der Hebamme direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Dabei können **versäumte Stunden nicht mit der Kasse abgerechnet werden und müssen von der Teilnehmerin selbst entrichtet werden** (Sie erhalten nach dem Kursende eine gesonderte Rechnung). Es ist unerheblich, aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte. Da die Kursstunden aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, eine Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen. Eine vorzeitige ordentliche Kündigung vor Kursende ist nicht möglich. Ein Abend wird mit dem Partner stattfinden (Kosten für Partner 10 €).

Frage: Haben Sie sich vor dem Ausfüllen dieser Anmeldung mit mir in Verbindung gesetzt, um sicher zu gehen, dass noch ein freier Platz vorhanden ist?

Infos: - Der Kurs findet in der Hebammenpraxis in 79183 Waldkirch, Langestr. 35 statt.
- Sollte Sie zwischenzeitlich Fragen oder Probleme haben, so rufen Sie mich bitte an.

Wichtiger Hinweis:

Sofern Sie einverstanden sind, werde ich Sie auch im Wochenbett begleiten. Sie müssen sich also keine andere Hebamme suchen, d.h. Sie erhalten alle Leistungen aus ´einer Hand´. Geben Sie mir also umgehend Bescheid!

Franziska Thoma, Hebamme
Kreuzstraße 7
79183 Waldkirch-Kollnau
- 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 Gabi Detel unter der Tel. Nr. 07681 - 2887 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 Franziska Thoma 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. der Anamnesebögen) unterschrieben zu

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Franziska Thoma, Hebamme; Kreuzstraße 7; 79183 Waldkirch - Kollnau; Tel.-Nr. 07681-3624

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: _____

Wie waren Ihre Perioden?
 über 28 Tage
 28 Tage
 unter 28 Tage

RH pos Rh neg

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"/>