

Aufnahme

von der Patientin auszufüllen



Name (Anschrift)			
Telefonnr.		Allergien	
Nachname vom Kind		Stillerfahrung	
Versicherung vom Kind	Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Ausschließlicher Stillwunsch?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vielleicht <input type="checkbox"/>
Hebamme + Telefonnr.		Hüftdysplasie	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwisterkind <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kinderarzt		Essen	Normal <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Ohne.....
Frauenarzt	Gab es Auffälligkeiten beim Ultraschall in der Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche?.....	Familienzimmer	Nein <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/>
Sonstiges (Probleme nach/bei letzter Geburt, etc.)	Ihr Wunsch wird nach Möglichkeit berücksichtigt. Eine verbindliche Zusage kann jedoch nicht erfolgen. Wir bitten um Verständnis, dass Familienzimmer bei Bedarf auch nachträglich wieder aufgelöst werden.		

vom Pflegepersonal auszufüllen



Geburtennr. Datum: Uhrzeit 1: Uhrzeit 2:	Kind 1	Kind 2
Datenerhebung und -verarbeitung personenbezogener Daten zum Neugeborenen-Hörscreening = Tracking Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	OAE: Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig HZ+Datum.....	OAE: Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig HZ+Datum.....
	Bera: Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig HZ+Datum.....	Bera: Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig HZ+Datum.....
	BC / Bili i.v Datum: ② ③ ④ ⑤	BC / Bili i.v Datum: ② ③ ④ ⑤