

Anmeldung zur Geburt – Christliches Klinikum Melle

	Personalien der werdenden Mutter	Personalien des/der Partners*in
Name, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
Handynummer		
Email		
Beruf		
Arbeitgeber		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> MRSA Beh. - Vertrag </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Krankenkasse		
Versicherung		
Versichertennummer		
Gültigkeit Vers.Karte		Besonderheiten in der Schwangerschaft oder bei Geburten <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Wieviertes Kind		
Vorrauss. Geburtstermin		
Gyn./Hebamme		

Einverständniserklärung

Name der Mutter: _____

Name des Kindes: _____

Geb. am: _____

Kreißsaal:

Hiermit stimme ich zu, dass bei unserem Kind die nachfolgenden, vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden dürfen:

- Konakion (Vitamin K) Gabe am 1. Lebenstag
- Antibiotische Augenprophylaxe
- Cred'sche Augenprophylaxe

Melle, den _____

(Sorgeberechtigte*r)

Station:

Hiermit stimme ich zu, dass bei unserem Kind die nachfolgenden, vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden dürfen:

- Blutabnahme für Stoffwechselscreening (Guthrie-Test) Mucoviszidose-
- Screening
- Konakion (Vitamin K) Gabe am 2. und 3. Lebenstag
- Durchführung von Hördiagnostik (OAE)
- Pulsoxymetrie-Screening auf kritische angeborene Herzfehler
- evtl. Blutentnahmen bei Infektionsverdacht auf Neugeborenenengelbsucht

Melle, den _____

(Sorgeberechtigte*r)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am:
Name, Vorname der Versicherten		
Kassen-IK	Versicherten-Nr.	

Name der Hebamme	Nr	IK
Grahl, Stefanie	3	450346438
Hintze, Helga	4	450342786
Junghans, Grit	5	450575005
Mytanz, Ellen	7	450570669
Witte, Miriam	8	452340276
Herrmann, Carla	9	450349157
Andreev, Carola	10	450301106
Dar, Claudia	11	450572239
Kramer, Nicole	12	450575879
Gräper, Sonja	14	450305770

Name der Hebamme	Nr	IK
Sehr, Christiane	16	450574969
Schröder, Fabienne	18	450306407
Holtgräfe, Clara	19	450306884

Behandlungsvertrag unterschrieben:
 Errechneter Termin: _____ Geburtsdatum / Uhrzeit Kind(er): _____ Nummer: _____

Zusatzversicherung der Schwangeren/Wöchnerin: ja: <input type="checkbox"/>	Anzahl Mehrlinge: _____
Versicherung des Kindes / der Kinder: gesetzlich: <input type="checkbox"/> privat: <input type="checkbox"/>	Name des Kindes / der Kinder: _____

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von personen- und behandlungsbezogenen Daten durch die Hebammen

Die Patientin erklärt für sich und ggf. für das/die Neugeborene(n), für welche(s) sie die elterliche Verantwortung inne hat, die ausdrückliche Einwilligung zur Weiterleitung von personen- und behandlungsbezogenen Daten an die Abrechnungsstelle MUC Vorhammer GmbH, Zielstattstraße 11, 81379 München.

Die MUC Vorhammer GmbH speichert und verarbeitet die ihr mittels der Versichertenbestätigungen (Quittierungsbögen) bekannt gemachten personen- und behandlungsbezogenen Daten zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber dem Kostenträger (GKV, PKV, Privatversicherte, Sozialämter, Beihilfe, etc.) nach den jeweils geltenden Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie nach den jeweils geltenden Vorschriften der Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder.

Dieser Zweck umfasst zur Durchsetzung der Forderung die Durchführung des Mahnwesens sowie erforderlichenfalls auch die Weitergabe der Daten an ein Inkassobüro oder einen Rechtsanwalt.

Die Patientin kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf sollte in Schriftform gegenüber einer der aufgeführten Hebammen erfolgen. Im Falle des Widerrufs werden die Daten der Patientin gelöscht, es sei denn, es bestehen gesetzliche oder sonstige Verpflichtungen zur Speicherung der Daten.

Die Patientin bestätigt, dass sie diese Einwilligungserklärung freiwillig ohne jeglichen (zeitlichen) Druck abgeben konnte.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Patientin / für das/die Neugeborene(n) _____

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen				Beratung der Schwangeren	Zuschlag für den ersten Hausbesuch	Beratung der Wöchnerin mittels Komm.-Medium	Hilfe bei Still-/Ernährungsproblemen mittels Komm.-Medium	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	Raum für Bemerkungen (keine Quittierungspflicht)
Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM						
				010X	1900	230X	2900	3800/3900	Pat km
				A		A	A		