

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Telefonnummer	E-Mail

Entlassungsdatum	Krankenkasse
Versicherungsnummer	Versichertennummer

Wievielte Schwangerschaft? _____ Wievielte Geburt? _____

Vorherige Geburten: normale Geburt Kaiserschnitt Zange / Saugglocke

gestillt: ja , wie lange? _____ nein

Komplikationen bei vorangegangenen Schwangerschaften / Geburten / Wochenbett:

Allergien: _____ gesundheitliche Problem: _____

Frauenarzt: _____ Kinderarzt: _____

Name des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Geburtszeit:** _____

Geburtsgewicht: _____ **Entlassungsgewicht:** _____

Geburtsart: normale Geburt Zange / Saugglocke Kaiserschnitt PDA
 Kaiserschnitt Notkaiserschnitt mit Vollnarkose Grund des Kaiserschnitts: _____

Naht: Dammschnitt Dammriss Scheidenriss Riss Schamlippe andere: _____

Nahtprobleme: keine Schmerzen Bluterguss Wundheilungsstörung andere: _____

Stillen: ja nein Milcheinschuss am ___ / abgestillt am ___ Tag, Grund: _____

Stillprobleme: zu wenig Milch Wie behandelt? _____
 zu viel Milch Wie behandelt? _____

wunde / blutige Brustwarzen Wie behandelt? _____

Kind geht nicht (gut) an die Brust Kind schläft an der Brust ein

Stillhütchen Stillhilfsmittel (Becher / Löffel / Fingerfeder, etc. Pumpe

Gelbsuchtwert / Bilirubinwert des Kindes: _____ HB (der Mutter) _____

grünes Fruchtwasser ja nein Schwangerschaftszucker ja nein

Kinderklinik warum: _____

Besonderheiten / Beschwerden während dieser Schwangerschaft: _____


Komplikationen während der Geburt (Mutter und Kind): _____

Besonderheiten / Beschwerden im Wochenbett (Mutter und Kind): _____

Hinweis:

Dieses Dokument ist ausschließlich gültig für: **Die HEBAMMENPRAXIS / Westenmauer 7/ 59227 Ahlen Tel.: 02382/7768399**

Es unterliegt dem Änderungsdienst und darf ohne Genehmigung durch den Inhaber „Die HEBAMMENPRAXIS“ nicht an Dritte/externe Stellen/Firmen weitergegeben werden. Sollte es sich bei dieser Ausgabe um eine Revision handeln, werden frühere Exemplare hiermit ungültig und sind vom Empfänger unaufgefordert zu vernichten.

	<h1>Formular</h1> <h2>„Bogen Wochenbettambulanz“</h2>	HP-KPW-F11 Fassung: 02/2022 Seite 2 von 3
---	---	--

Notfall-Wochenbett-Ambulanz

Behandlungsvertrag und Informationen für Frauen

Die Notfall-Wochenbett-Ambulanz ist primär für Frauen gedacht, die auf Grund des Hebammenmangels keine Hebamme für die kontinuierliche Wochenbettbetreuung gefunden haben. Die Leistungsempfängerin nimmt die Hilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch.

Die Leistung der nicht aufsuchenden Wochenbettbetreuung erfolgt auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V nebst seinen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Die jeweils diensthabende Hebamme leistet ausschließlich eine Basisversorgung im Wochenbett. Die im Rahmen der Notfall-Wochenbett-Ambulanz tätige Hebamme übernimmt, sofern möglich, die Krankheitsvertretung für freiberufliche Hebammen und versorgt Wöchnerinnen, die keine Hebamme gefunden haben, bietet jedoch keine Wochenend- oder Urlaubsvertretung an.

Beachten Sie bitte, dass die im Rahmen der Notfall-Wochenbett-Ambulanz tätige Hebamme keine Frauen betreut, die ambulant entbunden haben, d.h. die Frau muss mindestens 48 h nach der Geburt in der Klinik verbracht haben.

Erreichbarkeit:

Die Notfall-Wochenbett-Ambulanz befindet sich in der Praxis, Praxisgemeinschaft – Die HEBAMMENPRAXIS Ahlen – Westenmauer 7
59227 Ahlen

Die Wochenbettambulanz findet ausschließlich nach Terminvereinbarung samstags vormittags statt. Terminvergabe unter 02382-7768399 oder mobil, Kontakte siehe: www.hebammen-ahlen.de

Sollten Sie in der angegebenen Zeit nicht behandelt werden können oder sich außerhalb unserer Sprechzeiten Probleme abzeichnen, wenden Sie sich in dringenden Fällen an eine*n Ärzt*in oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und in Notfällen an die nächste Klinik oder die Rettungsleitstelle.

Information zum Besuch:

Für die Abrechnung bei der Krankenkasse benötigen alle Hebammen Ihre gültige Krankenkassenkarte. Legen Sie diese bitte zusammen mit dem Mutterpass, Überleitungsbogen der Klinik und dem Kinderheft bereit. Jede jeweils diensthabende Hebamme benötigt von Ihnen den unterschriebenen Behandlungsvertrag. Sie erhalten von jeder Hebamme zu Beginn der Betreuung ein gesondertes Exemplar zur Unterschrift.

Kostenregelung:

Damit die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können, muss zu Beginn der Leistungserbringung eine aktuelle Mitgliedschaft der Mutter in einer Krankenkasse sichergestellt sein. Die von der Hebamme erbrachten Leistungen sind nach Leistungserhalt von Ihnen per Unterschrift zu quittieren. Zu diesem Zweck wird Ihnen die Hebamme eine sogenannte Versichertenbestätigung vorlegen. Privat krankenversicherte Frauen bestätigen mit ihrer Unterschrift die Begleichung der Hebammenrechnung entsprechend der jeweils gültigen Privat- Gebührenordnung für das Bundesland NRW bei einem Steigerungsfaktor in Höhe von 1,8 30 Tage nach Rechnungseingang.

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

- Falls keine gültige Mitgliedschaft der u. 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.

Ja, ich nehme die Dienste der freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch und beziehe von ihr die erforderlichen Hebammenleistungen. Diese bestehen insbesondere in der Wochenbettbetreuung und Beratung während der Stillzeit. Mit dem Inhalt dieser Vereinbarung und den allgemeinen Vertragsbestimmungen der Notfall-Wochenbett-Ambulanz bin ich einverstanden.

Eine Kopie der Vereinbarung wurde mir ausgehändigt.

Name und Geburtsdatum: _____


_____ Datum Unterschrift der Frau

_____ Unterschrift der Hebamme

Hinweis:

Dieses Dokument ist ausschließlich gültig für: **Die HEBAMMENPRAXIS / Westenmauer 7/ 59227 Ahlen Tel.: 02382/7768399**

Es unterliegt dem Änderungsdienst und darf ohne Genehmigung durch den Inhaber „Die HEBAMMENPRAXIS“ nicht an Dritte/externe Stellen/Firmen weitergegeben werden. Sollte es sich bei dieser Ausgabe um eine Revision handeln, werden frühere Exemplare hiermit ungültig und sind vom Empfänger unaufgefordert zu vernichten.

	<h1>Formular</h1> <h2>„Bogen Wochenbettambulanz“</h2>	HP-KPW-F11 Fassung: 02/2022 Seite 3 von 3
---	---	--

Datenschutzerklärung

Art und Zweck der verarbeiteten Daten

Im Rahmen der Hebammentätigkeit werden personenbezogene Daten der Patientin wie auch der (geborenen/ungeborenen) Kinder von der Hebamme als verantwortliche Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt. Neben Angaben zu Person und sozialem Status (Name, Adresse, Kostenträger, usw.) gehören hierzu insbesondere die für die Behandlung notwendigen medizinischen Befunde. Ein Umgang mit diesen Daten erfolgt lediglich, soweit dies für die Erbringung, Abrechnung, Dokumentation und Archivierung gemäß der Hebammenberufsordnung oder Sicherung der Qualität der Hilfeleistung der Hebamme erforderlich ist. Die Hebamme erfüllt die Voraussetzungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten entsprechend des Art 9 Abs. 3 DSGVO.

Weitergabe der Daten

Die Daten werden nur an Dritte übermittelt, wenn die Patientin einwilligt oder eine gesetzliche Grundlage hierfür besteht, was in folgenden Konstellationen regelmäßig der Fall ist:

- Die Hebamme unterliegt auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Personen (z. B. Ärzten) der Schweigepflicht. Die medizinischen erforderlichen Daten wird die Hebamme jedoch mit diesen Personen austauschen, sofern die Patientin hiermit einverstanden ist oder eine Notsituation dies rechtfertigt, insbesondere wenn die Patientin nicht ansprechbar und weitere Hilfe dringlich ist.
Ausnahme:
Ich stimme der Weitergabe aller relevanten medizinischen Befunde und Daten von mir und meinem / meinen Kind/ern an diejenigen Hebammen der Gemeinschaftspraxis Die HEBAMMENPRAXIS Ahlen, die mich ggfs. ergänzend behandeln, zu.
- Die Abrechnung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern, insbesondere den Krankenkassen, erfolgt direkt diesen gegenüber, sei es durch die Hebamme unmittelbar oder mit separat zu erklärender Einwilligung der Patientin, sei es durch die Hebamme unmittelbar oder mit separat zu erklärender Einwilligung der Patientin über eine externe Abrechnungsstelle.
- Sofern Probenentnahmen (z. B. Blut) vorgenommen werden, führt die Hebamme die Untersuchung der Proben nicht selbst durch, sondern beauftragt damit im Namen des Patienten einen Laborarzt bzw. ein medizinisches Labor.

Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden zunächst so lange gespeichert, bis die Betreuung abgeschlossen und abgerechnet ist. Nach der Rechnungsstellung entstehen gesetzliche Aufbewahrungspflichten aus dem Steuerrecht (§14b UstG). Danach müssen entsprechende Nachweise zehn Jahre aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres. Nach § 630f Abs. 3 BGB besteht eine Aufbewahrungspflicht für die Dokumentation der Hebammenversorgung von zehn Jahren. Gleiches ergibt sich regelmäßig auch aus der gültigen Hebammenberufsordnung, sofern dort nicht längere Fristen vorgesehen sind. Im Hinblick auf § 199 Abs. 2 BGB ist die Hebamme berechtigt, die Dokumentationen bis zu 30 Jahre aufzubewahren.

Recht auf Auskunft, Berechtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, und Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Sofern die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht auf Ihrer Seite ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berechtigung (Art. 18 DSGVO). Darüber hinaus haben sie ggf. ein Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung (Art. 21. DSGVO).

Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde

Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO die Möglichkeit, Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde zu erheben. In diesem Falle ist dies die zuständige Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 02 11/384 24-0
Telefax: 02 11/384 24-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
Website: <http://www.ldi.nrw.de>

Datum Unterschrift der Frau

Unterschrift der Hebamme

Hinweis:

Dieses Dokument ist ausschließlich gültig für: **Die HEBAMMENPRAXIS / Westenmayer 7/ 59227 Ahlen Tel.: 02382/7768399**

Es unterliegt dem Änderungsdienst und darf ohne Genehmigung durch den Inhaber „Die HEBAMMENPRAXIS“ nicht an Dritte/externe Stellen/Firmen weitergegeben werden. Sollte es sich bei dieser Ausgabe um eine Revision handeln, werden frühere Exemplare hiermit ungültig und sind vom Empfänger unaufgefordert zu vernichten.

Datum	NG Ikterus	rosig	Augen Gesicht Stamm Extremitäten Hand- / Fußflächen Gaumen	<input type="checkbox"/> Temp. Kontrollen <input type="checkbox"/> Risiken / Maßnahmen besprochen	<input type="checkbox"/> Kontrolltermin, Wann? Wo?
Geburtsgewicht	Nabel	<input type="checkbox"/> abgefallen <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> stinkig	<input type="checkbox"/> Granulom <input type="checkbox"/> Bruch	<input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> Welesin <input type="checkbox"/> Octensipt	
Entlassungsgewicht	Verhalten	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> muss zum Trinken geweckt werden <input type="checkbox"/> muss beim Trinken animiert werden			
Gewicht heute	Brust	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Milchmangel <input type="checkbox"/> Wunde BW <input type="checkbox"/> Brustentzündung			
Po	unauff. Wund Soor	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bockhornklee <input type="checkbox"/> Piu latte <input type="checkbox"/> Weleda Stilltee	<input type="checkbox"/> (Nach) Pumpen <input type="checkbox"/> Stillen, Pumpen, Nachfüttern, ggf. mit Formula <input type="checkbox"/> Häusliche Gewichtskontrolle empfohlen alle ___ Tage	
	Lochien	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen			
	Uterus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen			
	Naht	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Fäden ex		
	Psyche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PPD			

Datum	NG Ikterus	rosig	Augen Gesicht Stamm Extremitäten Hand- / Fußflächen Gaumen	<input type="checkbox"/> Temp. Kontrollen <input type="checkbox"/> Risiken / Maßnahmen besprochen	<input type="checkbox"/> Kontrolltermin, Wann? Wo?
Geburtsgewicht	Nabel	<input type="checkbox"/> abgefallen <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> stinkig	<input type="checkbox"/> Granulom <input type="checkbox"/> Bruch	<input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> Welesin <input type="checkbox"/> Octensipt	
Entlassungsgewicht	Verhalten	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> muss zum Trinken geweckt werden <input type="checkbox"/> muss beim Trinken animiert werden			
Gewicht heute	Brust	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Milchmangel <input type="checkbox"/> Wunde BW <input type="checkbox"/> Brustentzündung			
Po	unauff. Wund Soor	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bockhornklee <input type="checkbox"/> Piu latte <input type="checkbox"/> Weleda Stilltee	<input type="checkbox"/> (Nach) Pumpen <input type="checkbox"/> Stillen, Pumpen, Nachfüttern, ggf. mit Formula <input type="checkbox"/> Häusliche Gewichtskontrolle empfohlen alle ___ Tage	
	Lochien	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen			
	Uterus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen			
	Naht	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weitere Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Fäden ex		
	Psyche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PPD			

Hinweis:

Dieses Dokument ist ausschließlich gültig für: **Die HEBAMMENPRAXIS / Westenmauer 7/ 59227 Ahlen Tel.: 02382/7768399**

Es unterliegt dem Änderungsdienst und darf ohne Genehmigung durch den Inhaber „Die HEBAMMENPRAXIS“ nicht an Dritte/externe Stellen/Firmen weitergegeben werden. Sollte es sich bei dieser Ausgabe um eine Revision handeln, werden frühere Exemplare hiermit ungültig und sind vom Empfänger unaufgefordert zu vernichten.