

Austritts- und Übergabeprotokoll

Spital	Abteilung / Station	Telefon für Kontaktaufnahme
--------	---------------------	-----------------------------

Koordinaten Kind

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
----------------	--------------	---

Koordinaten Eltern

Mutter	Vater
Name / Vorname	Name / Vorname
Verständigungssprache	Verständigungssprache
Strasse / Nr.	Strasse / Nr.
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Telefon / Mobile	Telefon / Mobile

Austritt

Weiterbetreuung durch Hebamme

Ja Nein – Kontaktaufnahme durch Mütter- und Väterberatung

Hebamme

Name / Vorname	Telefon / Mobile
----------------	------------------

Einverständniserklärung

Die Eltern sind damit einverstanden, dass die Mütter- und Väterberatung Kanton Bern die im Formular erfassten Daten erhält

Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten ¹
-------	--

Weitere Informationen (Seite 2) sind nur bei Bedarf auszufüllen.

¹ Bei Unterschrift von nur einem Erziehungsberechtigten wird von der mutmasslichen Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ausgegangen.

Weitere Informationen

Nur bei Bedarf auszufüllen.

.....
Aktuelle Diagnose / Probleme

.....
Aktuelle Medikamente

.....
Ernährung des Kindes

voll gestillt teilweise gestillt abgestellt Hilfsmittel

.....
Bemerkungen / Sonstiges

.....