



Liebe Kollegin,

auf Ihre Anfrage senden wir Ihnen unsere Aufnahmebögen zu.
Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus. Tragen Sie auch Ihre E-Mail-Adresse ein,
wenn Sie Rundschreiben und Einladungen von uns per E-Mail erhalten wollen.
Die ausgefüllten Bögen senden Sie bitte zurück an:

Zentraler Hebammenruf Berlin e.V

c/o Nicole Karla Wolff, Ruhlsdorfer Str. 44, 14532 Stahnsdorf

Für einen schnellen und kostengünstigen Informationsaustausch – z.B.
aktuelle Kursdaten durchgeben, Adressänderungen mitteilen usw. – sind wir
auch über E-Mail erreichbar: **mail@hebammenruf-berlin.de**

Unser Verein trägt sich durch uns Hebammen selbst.
Der monatliche Beitrag beträgt **15,00 EUR**.
Wir empfehlen, einen Dauerauftrag einzurichten,
da diese Summe aus Erfahrung häufig vergessen wird.
Sie können den Mitgliedsbeitrag auch halbjährlich
oder jährlich bezahlen, dann reduziert er sich wie folgt:

bei halbjährlicher Zahlung	80,00 EUR
bei jährlicher Zahlung	150,00 EUR

Der Beitrag ist steuerlich absetzbar. Die Kontoauszüge gelten als Beleg.

Unsere Bankverbindung: Berliner Sparkasse
Zentraler Hebammenruf Berlin e.V.
BLZ: 100 500 00 | Kto. 29 70 00 95 98
IBAN : DE48 1005 0000 2970 0095 98
SWIFT-BIC : BELADEBEXX

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.
Mit freundlichen Grüßen

P.S. Weitere Informationen über uns und unsere Arbeit finden Sie im Internet unter:
www.hebammenruf-berlin.de

Aufnahmebogen für die Aufnahme in die Kartei des Zentralen Hebammenruf e.V. Berlin

Hebamme

Zuname

Vorname

Anschrift

Straße

PLZ

Wohnort

Standort Stadtteil

(Der Standort wird verwendet, um die Entfernung zum Wohnort der Frau zu berechnen.
Der Standort muß nicht unbedingt der Wohnort der Hebamme sein)

Telefon

Privat

Fax

Handy

E-mail

Zusätzliche Angaben

BDH-Mitglied

BfHD-Mitglied

Übernehmen Sie Vertretungen für Kolleginnen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person sowie die Angaben zu den von mir angebotenen Leistungen. Ich bin damit einverstanden, daß diese Angaben datenmäßig gespeichert werden und im Rahmen der Vermittlungstätigkeit des Zentralen Hebammenrufs e.V. Berlin an Dritte weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

1. Leistungstyp: Erbringung der Leistung bei der Frau

Tragen Sie in der Rubrik ‚Leistung‘ die Leistungen ein, die Sie bei der Frau durchführen – zum Beispiel Wochenbett. Kennzeichnen Sie anschließend in der Rubrik ‚Stadtteile‘ die Stadtteile, in der Sie die entsprechenden Leistungen anbieten. Verwenden Sie z. B. unterschiedliche Farben, wenn Sie die Leistungen in jeweils unterschiedlichen Stadtteilen anbieten.

Leistung

1. Leistung _____

5. Leistung _____

2. Leistung _____

6. Leistung _____

3. Leistung _____

7. Leistung _____

4. Leistung _____

8. Leistung _____

Stadtteile

Mitte

..... Mitte

Prenzlauer Berg

..... Prenzlauer Berg

Friedrichshain

..... Friedrichshain

..... Stralau

Kreuzberg

..... Kreuzberg

Wedding

..... Wedding

Tiergarten

..... Tiergarten

Schöneberg

..... Schöneberg Mitte

..... Friedenau

Tempelhof

..... Tempelhof Mitte

..... Mariendorf

..... Marienfelde

..... Lichtenrade

Steglitz

..... Steglitz Mitte

..... Lichterfelde

..... Lankwitz

Außenbezirk Steglitz

..... Teltow

Zehlendorf

..... Dahlem

..... Zehlendorf Mitte

..... Düppel

..... Schlachtensee

..... Nikolasee

..... Wannsee

..... Kohlhasenbrück

Außenbezirk Zehlendorf

..... Kleinmachnow

..... Stahnsdorf

Wilmersdorf

..... Halensee

..... Wilmersdorf Mitte

..... Grunewald

..... Schmargendorf

Spandau

..... Hakenfelde

..... Spandau Mitte

..... Haselhorst

..... Siemensstadt

..... Pichelsdorf

..... Gatow

..... Kladow

..... Staaken

Außenbezirk Spandau

..... Falkensee

..... Groß Glienecke

Charlottenburg

..... Ruhleben

..... Westend

..... Charlottenburg Mitte

Reinickendorf

..... Frohnau

..... Hermsdorf

..... Lübars

..... Schulzendorf

..... Heiligensee

..... Konradshöhe

..... Tegel

..... Weidmannslust

..... Märkisches Viertel

..... Wittenau

..... Reinickendorf Mitte

Pankow

..... Buch

..... Blankenfelde

..... Buchholz

..... Rosenthal

..... Wilhelmsruh

..... Niederschönhausen

..... Pankow Mitte

Weissensee

..... Karow

..... Blankenburg

..... Heinersdorf

..... Weissensee Mitte

Hohenschönhausen

..... Malchow

..... Wartenberg

..... Falkenberg

..... Hohenschönhausen Mitte

Marzahn

..... Marzahn Mitte

..... Biesdorf

Lichtenberg

..... Lichtenberg Mitte

..... Friedrichsfelde

..... Rummelsburg

..... Karlshorst

Treptow

..... Altglienicke

..... Plänterwald

..... Baumschulenweg

..... Treptow Mitte

..... Niederschöneweide

..... Johannistal

..... Adlershof

..... Bohnsdorf

Neukölln

..... Rixdorf

..... Britz

..... Buckow

..... Gropiusstadt

..... Rudow

Außenbezirk Neukölln

..... Großzienten

Hellersdorf

..... Hellersdorf Mitte

..... Mahlsdorf

..... Kaulsdorf

Außenbezirk Strausberg

..... Strausberg

..... Hoppegarten

..... Petershagen

..... Fredersdorf

..... Neuenhagen

Köpenick

..... Wuhlheide

..... Oberschöneweide

..... Friedrichshagen

..... Köpenick Mitte

..... Rahnsdorf

..... Müggelheim

..... Grünau

..... Karolinenhof

..... Schmöckwitz

Außenbezirk Köpenick

..... Eichwalde

2. Leistungen / Angebot

Kreuzen Sie hier Leistungen an, die sie anbieten. Auf den nachfolgenden Formularen können Sie zu den jeweiligen Leistungen detaillierte Angaben machen.

Schwangerschaft

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorbesuch | <input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitung |
| <input type="checkbox"/> Schwangerenvorsorge | <input type="checkbox"/> Schwangerenschwimmen |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Yoga für Schwangere |
| <input type="checkbox"/> Betreuung bei Risikoschwangerschaft | |

Geburt

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beleggeburt | <input type="checkbox"/> Hausgeburt |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

Wochenbett

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wochenbett - allgemein | <input type="checkbox"/> Wochenbett –nach Hausgeburt / Beleggeburt |
| <input type="checkbox"/> Wochenbett – akut | <input type="checkbox"/> Betreuung nach Totgeburt |
| <input type="checkbox"/> Stillberatung | |

Sonstige Leistungen

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rückbildungsgymnastik | <input type="checkbox"/> Babymassage | <input type="checkbox"/> Moxatherapie |
| <input type="checkbox"/> Beckenbodengymnastik | <input type="checkbox"/> Babyschwimmen | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| | <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Stillgruppe |

Sprachen

Wählen Sie die Fremdsprachen aus, die sie sprechen können.

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> dänisch | <input type="checkbox"/> griechisch | <input type="checkbox"/> portugiesisch | <input type="checkbox"/> türkisch |
| <input type="checkbox"/> englisch | <input type="checkbox"/> italienisch | <input type="checkbox"/> russisch | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache |
| <input type="checkbox"/> finnisch | <input type="checkbox"/> niederländisch | <input type="checkbox"/> schwedisch | <input type="checkbox"/> Sonstige Sprache |
| <input type="checkbox"/> flämisch | <input type="checkbox"/> persisch | <input type="checkbox"/> serbokroatisch | _____ |
| <input type="checkbox"/> französisch | <input type="checkbox"/> polnisch | <input type="checkbox"/> spanisch | |

Krankenhäuser für Beleggeburten

Wenn Sie Beleggeburten anbieten, wählen Sie die Krankenhäuser, in denen Sie diese durchführen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Charlottenburg: DRK-Kliniken Westend | <input type="checkbox"/> Schöneberg: Auguste-Viktoria-Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Dahlem: Park-Sanatorium | <input type="checkbox"/> Spandau: Ev. Waldkrankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Friedrichshain: Krankenhaus Friedrichshain | <input type="checkbox"/> Steglitz: Universitätsklinikum Benjamin Franklin |
| <input type="checkbox"/> Grunewald: Martin-Luther-Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Tempelhof: St. Joseph-Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Kladow: Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe | <input type="checkbox"/> Wilmersdorf: St. Gertrauden-Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Kreuzberg: Krankenhaus am Urban | <input type="checkbox"/> Wedding: Virchow-Klinikum |
| <input type="checkbox"/> Neukölln: Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Zehlendorf: Krankenhaus Walfriede |
| <input type="checkbox"/> Reinickendorf: Humboldt-Krankenhaus | |

3. Leistungstyp: Kurs

Bitte benutzen Sie dieses Formular für Leistungen, die Sie als Kurs anbieten. Kopieren Sie bitte weitere Exemplare, falls Sie mehrere Leistungen als Kurs durchführen.

Leistung _____

Termin

Uhrzeit

von _____ bis _____ Uhr

Datum

von _____ bis _____ 200__
_____ - _____ 200__
_____ - _____ 200__

Wochentag

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag
- Wochenende

Zyklus

- wöchentlich
- zweiwöchentlich
- monatlich
- Wochenendkurs

Anzahl der Treffen

Anmeldung / Ort

Anmeldung über

Anschrift Kurs

Standort Bezirk

(Der Standort wird verwendet, um die Entfernung zwischen dem Wohnort der Frau und dem Ort, an dem der Kurs stattfindet, zu berechnen)

Kursinfo

Kursart

- Gemischter Kurs
- Paarkurs
- Frauenkurs
- Frauenkurs mit Partnerabend
Anzahl Partnerabende _____

Zugang

- Geschlossen
- Offen

Sonstiges

