

ZORGDOSSIER

Datum inschrijving	:	Voorkeur ziekenhuis	:
Datum intake	:	Soort intake	: <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Bezoek + code:
Geboortenaam	:	Geboortedatum	:
Tussenvoegsels	:	Partner van	:
Voorletters	:	Tussenvoegsels	:
Straatnaam	:	Burgerlijke staat	:
Huisnummer	:	Verzekeringscode	:
Postcode	:	Verzekeraar	:
Woonplaats	:	Verz.nummer	:
Burgerservicenummer	:	Identiteitsdocument	:
Telefoon	:	Nummer document	:
Verm. bev. datum	:	Geldig tot	:

GEGEVENS ZORGPRIODE

Datum bevalling	:	Tijdstip	:
Plaats bevalling	: <input type="checkbox"/> Thuis <input type="checkbox"/> Ziekenhuis	Medische indicatie	: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Leiding bevalling	:	Leiding kraambed	:
Assistentie bevalling	:	Aantal geboren	:
Bijzonderheden	:	1 ^e x kraamzorg moeder en kind	: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Opname ziekenhuis	: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Datum:	Reden	:
Datum ontslag ZH	:	Tijdstip ontslag	:
Aantal eerdere kinderen	:	Aantal eerdere kraambedden	:
PARTUS:			
Datum melding	:	Tijdstip melding	:
Datum inzet	:	Tijdstip inzet	:
Datum aankomst	:	Tijdstip aankomst	:

GEGEVENS KIND(EREN)

Eerste voorletter	:	Roepnaam	:
Geboortenaam	:	Geslacht	: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Levend geboren	: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ligging	:
Voeding na geboorte	:	Geboortegewicht	:
Voeding eerste zorgdag	:	Reden gestopt met borstvoeding	:
Voeding laatste zorgdag	:	Datum opname	:
Opname ziekenhuis	: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Datum ontslag	:
Bijzonderheden	:		:

Naam kraamverzorgende	Datum	Begin Tijd	Eind Tijd	Totaal Tijd	Partus-assistentie
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Akkoord cliënt

Datum

Handtekening

Aldus naar waarheid ingevuld

Datum

Handtekening