

Bestätigung der Heimleitung über geleistete Einsatzzeiten

Einsatzort	Datum	Stunden	Unterschrift Heimleitung

EINZELTÄTIGKEITSBERICHT

Datum

Name, Vorname

Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung

Adresse

Straße, PLZ, Ort

Bezirk

Betreiber

Name

Anzahl der Betreuungen

Schwangere

Wöchnerinnen

Kinder < 1 Jahr

Findet eine ausreichende Versorgung bei niedergelassenen Kinderärzt*innen statt?

ja ☐ nein ☐

Findet eine ausreichende Versorgung bei niedergelassenen Gynäkolog*innen statt?

ja ☐ nein ☐

Spezielle Problemfälle – dringender Handlungsbedarf

Unterschrift

Aufstellung zu Art und Umfang des geleisteten Einsatzes

Datum	Einsatzort	Start	Personenkürzel	Art d. Tätigkeit / Zeit	Aufenthalts-status
	Adresse / Kurzform Unterkunft	Beginn der Behandlung z.B.: 11:00 Uhr	Pseudonym aus Endbuchstaben der Vor- und Nachnamen sowie Alter der betreuten Person z.B. HM28 und verwendete Sprache (eng., frz., viet.,)	a) Schwangerenvorsorge b) Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden c) Wochenbettbetreuung d) Hilfeleistung bei Überleitung in das Gesundheitssystem Mehrfachnennungen möglich, Formulierung beispielsweise: a) 1 h, d) 30 min	Patientin ist in Besitz einer AG oder einer ANKUNA

Datum	Einsatzort	Start	Personenkürzel	Art d. Tätigkeit / Zeit	Aufenthalts- status