

**AGAPLESION EV. KLINIKUM SCHAUMBURG gGmbH**AGAPLESION EV KLINIKUM  
SCHAUMBURG gGmbH  
Kreissaal  
Zum Schaumburger Klinikum 1  
31683 Obernkirchen  
T (05724) 95 80 - 4751  
F (05724) 95 80 - 886799  
Kreissaal.ksl@agaplesion.de**KSL Anmeldung zur Entbindung**

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich in unserer Geburtsklinik anmelden möchten. Um Ihnen die größtmögliche Sicherheit und bestmögliche Beratung bieten zu können, sind einige Informationen bereits bei der Anmeldung wichtig für uns:

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Straße und Hausnummer:

Telefon:

---

Familienstand:

Ihre Krankenkasse:

---

Betreuender Frauenarzt:

Betreuender Kinderarzt:

---

Vorname:

---

Geburtsort:

---

PLZ/Ort:

---

Beruf:

Sind Sie für einen Krankenhausaufenthalt  
Zusatzversichert? Ja  Nein 

Errechneter Entbindungstermin:

---

Wochenbetthebamme:

---

Kindsvater Name:

---

Geburtsdatum:

---

Kindsvater Vorname:

---

Beruf:

---

Bisherige Schwangerschaften und Geburten (Jahr, Art d. Geburt, Besonderheiten)

---

---

Weitere wichtige medizinische Informationen (Operationen, Allergien)

---

---

Haben Sie besondere Wünsche?

---

---

Bitte senden Sie diese Anmeldung postalisch oder per E-Mail an uns zurück. Damit sind Sie bei uns zur Entbindung angemeldet. Sollten wir Rückfragen haben und/ oder Sie gern zu einem persönlichen Gespräch einladen, melden wir uns bei Ihnen.

**Vielen Dank! Ihr Team der Geburtshilfe**

**Alle Angaben sind freiwillig und werden vom AGAPLESION EV KLINIKUM SCHAUMBURG gGmbH zu Ihrer Geburtsplanung genutzt und werden nicht an Dritte weiter gegeben. Alle Angaben können jederzeit widerrufen werden.**