|  |  |
| --- | --- |
| Intakedatum: | Cliëntnummer:  |
| Ingevuld door: | A terme: |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam cliënt: | Parkeren: gratis/bezoekenpas: |
| Straat: | Telefoonnummer: |
| Postcode: | Mobiele nummer: |
| Woonplaats: | Geboortedatum: |
| Email: | BSN: |
| Verz. Maatschappij: | ID-of paspoort nummer: |
| Polisnummer: | Naam partner: |
| Wijk: | Telefoon partner: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gezinssamenstelling** |  |  |  |  |
| Kinderen |
| Naam | leeftijd | m/v | dieet | bijzonderheden |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Medische achtergrondinformatie** |
| Zwangerschap: |
| Medicijngebruik: |
| Bijzonderheden: |
| Vorige bevalling(en): |
| Kraamtijd: |

|  |
| --- |
| **Bevalling** |
| Plaats bevalling: Thuis / poliklinisch / medisch Ass. bevalling: ja / nee |
| Ziekenhuis: Reden medisch: |
| Verloskundige: Telefoonnummer: |
| Specialist: Telefoonnummer: |
| Nacontrole geregeld: ja / nee Bevalplan: ja / nee |
| Bijzonderheden:  |

|  |
| --- |
| **Controle cliëntveiligheid** (lichamelijk,/psychisch/ sociaal welbevinden/tienerzwangerschap) |
| Zijn er risico’s aanwezig bij cliënt die extra aandacht of maatregelen vereisen ja \*/ nee*\* Maak gebruik van het formulier risico inventarisatie cliënt.*  |
| **Kraamtijd** |
| Kraamdossier: |  | Voeding baby |
| Kraampakket |  | Vorige keer BV /FV : |
| Kruiken |  | Reden (niet meer) BV: |
| Digitale thermometer |  | Wanneer gestopt: |
| Hydrofiel luiers 12 |  | Waarom gestopt: |
| Contact Kraamzorg Tilly |  | Verschil BV /FV: |  |  |
| Taken kraamverz. |  | Praktijk BV: |  |
| Uren volgens LIP |  | Belang rooming in: |  |
| Eigen bijdrage |  | Ongestoord contact: |  |
| Mantelzorg |  | Bekend vuistregels: |  |
| Evaluaties |  | BV begeleidingsgr.: |  |
| Vluchtkoffer |  |  |
| Stagiaire bevalling ja / neeStagiaire kraamtijd ja / nee |  |

|  |
| --- |
| **Bijzonderheden/wensen** |
| Andere kinderen: |
| Huisdieren: |
| Roken/niet roken: |
| Religie: |
| Bijzonderheden: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Controleren** |
| Klossen: |
| Babykamer: |
| Kraamkamer: |
| Arbocheck: |

|  |
| --- |
| **Formulieren** |
| LIP: |  |  |
| Instructies 1e nacht: |  |  |
| Zorgdossier: |  |  |
| Zorgovereenkomst: |  |  |

Voor akkoord ondertekend:

Naam cliënt:... ………...………. handtekening ………………………………

Naam intaker: ……… .............. handtekening ………………………………