

# Rückbildungskurs

**Bitte ausfüllen:**

Zu- und Vorname .....

Adresse.....

Krankenkasse.....

Tel.: .....

Handy:.....

Geburt des Kindes ..... Name des Kindes .....

Wieviertes Kind .....Wievierte Schwangerschaft .....

Besonderheiten bei der Geburt .....

**Füllt Hebamme aus:**

Kurs von ..... bis ..... Uhrzeit .....

Teilnahme am: .....

Tastbefund am ..... Abschlussbefund .....

Bauch ..... .....

BB ..... .....

Urin kann gehalten werden  ja  nein

Hüpfen  ja  nein