



Ärztliche Verordnung für:

Frau: Geb.dat.:

Diagnose: Mutterschaft

Ambulante Betreuung durch die Hebamme:

Name:

für:

- Unterstützende Betreuung in der Schwangerschaft
- Unterstützung nach traumatischer Geburt
- Unterstützung nach Verlust
- Betreuung im Spätwochenbett
- Betreuung bei verzögerter Rückbildung
-

Behandlungsdauer:

von bis

täglich 1 - 2 Mal pro Woche 10 - 12 Mal

Datum:

Unterschrift der Ärztin / des Arztes und Stempel des Spitals: