



Liebe werdende Eltern,

wir möchten den Aufenthalt im Kreißaal insbesondere im Vorfeld der Geburt so gering wie möglich halten, damit wir eine möglichst ungestörte Intimsphäre der Familie ermöglichen.

Wir bitten Sie, diese Papiere vollständig zu Hause auszufüllen und zu unterschreiben.

Sollten hierzu Fragen entstehen, können wir diese beim Vorstellungstermin klären.

Zu diesem Vorstellungstermin bitten wir die Frauen ohne Begleitperson im Kreißaal zu erscheinen. **Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können bitten wir um telefonische Absage.**

Ist eine Verständigung möglich, kann die Anamnese hier erfolgen.

Sollte es Probleme bei der Verständigung geben, bitten wir Sie folgende Fragen hier zu beantworten.

Haben Sie eine Allergie? Nein / Ja welche:

Haben oder hatten Sie Erkrankungen z.B.:

Operationen: Gebärmutter?....

Herzprobleme:

Nierenprobleme:

Schilddrüse? Nehmen Sie Medikamente?

Rauchen Sie?

Danke

Ihr Kreißaal-Team



# St. ANNA-KLINIK

Eine Einrichtung der St. Anna gGmbH

**Aufnahmeblatt:**

Stationär

Ambulant

**Abteilung:**  Entbindung

Gynäkologie

Chirurgie

Augenheilkunde

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ weibl.: \_\_\_\_\_ männl.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Patient): \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt in der St. Anna-Klinik: \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Mitglied  Rentner  Familienversichert ► (Bitteangaben zum Hauptversicherten machen)

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert? Bitte ankreuzen ►  1 Bett Zimmer  2 Bett Zimmer  Privatärztliche Verrechnung

Zusätzliche Leistungen **gegen Berechnung:** \_\_\_\_\_

## **Angaben zu Angehörigen:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Aufnahme-Screening auf multiresistente Erreger (MRSA und 4MRGN)

Patientenaufkleber

MRSA		Ja	Nein
1	Patient war in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage in stationärer Behandlung eines Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Patient ist chronisch pflegebedürftig und erfüllt einen der folgenden Punkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einnahme von Antibiotika in den letzten 6 Monaten</li> <li>• Dauerhafter Träger eines Katheters (z. B. Harnwegskatheter)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Patient ist Dialysepatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Patient hat regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Patient arbeitet im Gesundheitswesen mit direktem Kontakt zu MRSA-Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Patient leidet an chronischen Hautwunden, inklusive Tracheostoma, PEG, Kathetereintrittsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Patient ist zuverlegt aus einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Patient ist zuverlegt aus einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durchführung eines MRSA-Screenings, wenn mindestens eine der Fragen 1 bis 8 mit ja beantwortet wurde.

MRSA und 4MRGN		Ja	Nein
9	Patient hatte in den letzten 12 Monaten Kontakt zum Gesundheitssystem in folgenden Ländern/Kontinenten: Asien einschließlich arabischer Länder, Afrika, Südamerika, Südeuropa und Osteuropa Hinweis: Zum Gesundheitssystem zählen u. a. Krankenhäuser, Ambulanzen, Arztpraxen, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bei dem Patienten wurde bereits früher eine Besiedlung oder Infektion mit einem multiresistenten Keim festgestellt; Patient hatte in den letzten 12 Monaten intensiven Kontakt zu MRGN-Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Patient hat sich in den letzten 12 Monaten > 4 Wochen (zusammenhängend) in einem der oben genannten Länder/Kontinente aufgehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durchführung eines MRSA- und 4MRGN-Screenings, wenn mindestens eine der Fragen 9 bis 11 mit ja beantwortet wurde.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung/Datenschutzinformation

Ich wurde darauf hingewiesen, dass das Informationsblatt zum Datenschutz im Wartezimmer in der St. Anna-Klinik aushängt und ich als Patient der Klinik verpflichtet bin dies zu lesen. Jederzeit können dazu Rückfragen bei der Aufnahme gestellt werden.

Dieses Informationsblatt enthielt Angaben über:

- Den Zweck der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten
- Die Erhebung und den Umfang meiner personenbezogenen Daten
- Den Zugriffrechte auf meine personenbezogenen Daten
- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten durch den Krankenhausträger
- Notwendigkeit der Angabe meiner Personalien
- Mögliche Empfänger meiner Daten
- Umfang der Übermittlung meiner Daten
- Widerruf erteilter Einwilligungen
- Die Länge der Speicherung meiner persönlichen Daten
- Mein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung meiner persönlichen Daten.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

### Zustimmungsbedürftige Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung, etc. meiner persönlichen Daten

#### **Einwilligung zur Auskunft meiner Anwesenheit gegenüber Dritten/Patientenbesuchern**

Die Information über die Anwesenheit eines Patienten und dessen Zimmernummer dient dem Zweck, den Besuch, die Abholungen, etc. des Patienten zu erleichtern. Die Information kann persönlich, telefonisch oder schriftlich von Personen (z.B. Verwandten, Freunden, etc.) an der Information eingeholt werden.

**Ich bin damit einverstanden**, dass Personen (z.B. Verwandten, Freunden, etc.) Auskunft über meine Anwesenheit / Zimmernummer im Krankenhaus an der Information erteilt wird.

Ja  Nein

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ohne diese schriftliche Einwilligung absolut keinem Dritten (Verwandten, Freunden, etc.) Auskunft über meinen Aufenthalt in dieser Klinik erteilt wird.

#### **Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten zum Informationszweck etc.**

**Ich bin damit einverstanden**, dass meine Adressdaten zum Zweck der Zusendung von Newslettern, wichtigen Informationsblättern oder Spendenaufrufen verarbeitet werden.

Ja  Nein

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.** Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und Dritten/Patientenbesuchern statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Einwilligungs-Erklärung zum Entlass-Management

### **Bitte beachten Sie:**

Dieses Dokument ist nur dann für Sie wichtig, wenn Sie eine gesetzliche Krankenversicherung haben.

### **Informationen über Sie**

Diese Informationen müssen Sie eintragen, damit Ihre Einwilligungserklärung gültig ist.

Ihr Name:

Ihr Vorname:

Ihr Geburts-Datum:

Ihre Adresse:

### **1. Einwilligung für das Entlass-Management**

Sie sollen bald aus dem Krankenhaus entlassen werden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt im Krankenhaus hat entschieden, dass Sie eine medizinische Anschlussbehandlung oder Pflege brauchen. Das soll mit einem Entlass-Management organisiert werden.

Beim Entlass-Management muss das Krankenhaus Ihre Patientendaten weitergeben. Zum Beispiel an Arztpraxen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse oder an Lieferanten von Hilfsmitteln. Nur so kann die Zusammenarbeit mit diesen anderen Einrichtungen oder Personen funktionieren.

Bitte kreuzen Sie hier an:

- Möchten Sie ein Entlass-Management?
- Und darf das Krankenhaus dabei Ihre Patientendaten weitergeben?

Ja

Nein

### **Bitte beachten Sie:**

Eine Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Entlass-Management kann große Nachteile für Sie haben. Ohne Entlass-Management können Pausen entstehen in Ihrer medizinischen Behandlung.

### **2. Einwilligung für die Unterstützung Ihrer Krankenkasse oder Pflegekasse beim Entlass-Management**

#### **Bitte beachten Sie:**

Füllen Sie diesen 2. Abschnitt nur dann aus, wenn Sie beim 1. Abschnitt **Ja** angekreuzt haben. Manchmal ist es notwendig, dass Ihre Krankenkasse oder Pflegekasse beim Entlass-Management mitarbeitet. Und dafür Ihre Patientendaten vom Krankenhaus bekommt.

Ihre Krankenkasse oder Pflegekasse dürfen Ihre Patientendaten nur für die Unterstützung Ihres Entlass-Managements benutzen. Nicht zu einem anderen Zweck.

Bitte kreuzen Sie hier an:

Erlauben Sie dem Krankenhaus, dass es Ihre Patientendaten an Ihre Krankenkasse oder Pflegekasse weitergibt?

- Ja
- Nein

**Widerruf der Einwilligung und Entscheidung gegen das Entlass-Management**

Ihre Einwilligung zum Entlass-Management und damit zur Weitergabe Ihre Patientendaten ist freiwillig. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen, also rückgängig machen. Das müssen Sie schriftlich erledigen mit einem Brief oder einer Email.

Ihr Widerruf ist erst ab dem Tag gültig, an dem Ihr Brief oder Ihre Email beim Krankenhaus oder Ihrer Krankenkasse oder Pflegekasse eintrifft.

**Unterschrift für die Einwilligung zum Entlass-Management**

Ort, Datum und Ihre Unterschrift:



Unterschrift und Adresse Ihrer rechtlichen Betreuerin oder Ihres rechtlichen Betreuers:



Mit Ihrer Unterschrift haben Sie das Dokument fertig ausgefüllt. Geben Sie es bitte an eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter im Krankenhaus zurück.



# Besucher Management

- um das ankommen, das aneinander gewöhnen in Eurer schönsten und sensibelsten Phase zu schützen -



Liebe Familien,

in den letzten Jahren haben wir durch eingeschränkte Besuchszeiten ein ungestörteres Ankommen und Kennenlernen von Eltern und Kind festgestellt.

Die geistige und körperliche Entwicklung der Kinder und die Förderung der Kompetenz sowie die Gesundheit der Mütter werden dadurch gefestigt.

Um Ihnen eine möglichst ungestörte Intimsphäre in der Familie zu ermöglichen haben wir die Besuchszeiten angepasst.

## Ambulanz (Schwangere)

- Zum Vorstellungstermin, Kontrollen in der Schwangerschaft (CTG, US...) kommt die Schwangere **alleine** zum Termin, bei Verständigungsschwierigkeiten sind telefonische Rücksprachen möglich
- Cave: bei Infekt, Fieber oder Kontakt mit Erkrankten bitte mit med. Maske

## Kreißaal (zur Geburt)

- **eine** Begleitperson: Väter, Partner/in bzw. eine nicht wechselte Bezugsperson
- Cave: bei Infekt, Fieber oder Kontakt mit Erkrankten bitte mit med. Maske

**im Kreißaal gibt es keine Besuchszeiten!**

## Wochenstation / Besuchszeiten:

**Väter:** 08:00 Uhr – 19:30 Uhr  
Cave: bei Infekt, Fieber oder Kontakt mit Erkrankten bitte mit med. Maske

**Geschwisterkinder:** 15:00 Uhr – 17:00 Uhr

Voraussetzung:  
- gesund!

**Großeltern:** 15:00 Uhr – 17:00 Uhr

Cave: bei Infekt, Fieber oder Kontakt mit Erkrankten bitte mit med. Maske

- MAXIMAL ZWEI PERSONEN GLEICHZEITIG – pro Tag  
(z.B. Vater und eine Oma oder Opa und Oma.....)  
- Keine weiteren Besucher –

Liebe Verwandte und Freunde, ermöglichen Sie der jungen Familie ein ungestörtes Kennenlernen.

## Für die Eltern

Die St. Anna-Klinik ist **verpflichtet**, die Geburt eines Kindes **innerhalb von 1 Woche nach Geburt** beim örtlichen Standesamt in Bad Cannstatt schriftlich anzuzeigen.

**Dafür werden folgende Nachweise benötigt und sind im Original vorzulegen:**

### **1. Personenstandsunterlagen**

Bei verheirateten Eltern:

- a) Geburtsurkunden beider Eltern – Ausnahme: Registrierungsdaten der Geburt ergeben sich aus b)
- b) Eheurkunde oder beglaubigter Ausdruck aus dem Eheregister mit Hinweisen bzw. beglaubigte Abschrift aus dem als Eheregister fortzuführenden Familienbuch (diese Urkunden sind in der Regel im Stammbuch der Familie enthalten).

Bei nicht verheirateten Eltern:

- a) Geburtsurkunde der Mutter, Geburtsurkunde des Vaters,
- b) ggf. Abschrift der Erklärung über die Anerkennung der Vaterschaft,
- c) ggf. Sorgeerklärung.

Wenn die Mutter schon verheiratet war:

Eheurkunde mit Vermerk über die Auflösung der Ehe oder Eheurkunde und Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk bzw. Sterbeurkunde oder beglaubigte Abschrift aus dem als Eheregister fortzuführenden Familienbuch.

**2. Nachweis** über die aktuelle Namensführung, ggf. Bescheinigung über eine nachträgliche Namensänderung, wenn sich der Name nach Ausstellung der Urkunde geändert hat.

**3. Ausländische Urkunden** mit Überbeglaubigung und Übersetzung durch einen im Inland zugelassenen Urkundenübersetzer ([www.justiz-dolmetscher.de](http://www.justiz-dolmetscher.de)). Ausnahme: deutschsprachige oder mehrsprachige Urkunden.

**4. Reisepässe** - ggf. ein anderer Nachweis über die Staatsangehörigkeit - der Eltern bzw. der Mutter, wenn beide Eltern oder ein Elternteil eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, sowie Nachweis über den Aufenthaltsstatus bzw. den Aufenthaltstitel, z.B. die Niederlassungserlaubnis.

**5. Bei mündlicher Anzeige** Personalausweis oder Reisepass der anzeigenden Person.

Für weitere Fragen steht Ihnen das Standesamt Stuttgart-Bad Cannstatt gerne zur Verfügung!

Telefon: 0711 216-57471, 216-57466, 216-57463

Fax: 0711 216-57457

**Die Geburtsanzeige verbleibt im Haus.** Bitte geben Sie die oben aufgeführten Unterlagen **innerhalb 3 - 4 Tage nach der Geburt**, in der Anmeldung von Mo – Fr zwischen 8 Uhr und 12 Uhr ab.  
Vielen Dank.





**St. Anna-Klinik**  
Geburtshilfe-Gynäkologie  
-Eine Einrichtung der St. Anna GmbH-



Sehr geehrte werdende Eltern,

bevor sie sich zur Entbindung zu uns auf den Weg machen, bitten wir sie in jedem Fall bei uns anzurufen um sich anzumelden.

**Telefon: 0711 / 5202-210 Kreißsaal der St. Anna-Klinik**

Für den Fall, dass der Kreißsaal komplett ausgelastet ist, haben wir ihnen die Adressen und Telefonnummern der alternativen Geburtenkliniken in Stuttgart und Umgebung zusammengestellt.

Kliniken Bietigheim-Bissingen  
(ab der 36. SSW)  
Riedstr. 12  
74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel. 07142/79-55220

Klinikum Ludwigsburg  
(in jeder SSW)  
Posilipostr. 4  
71640 Ludwigsburg  
Tel. 07141/9965440

Kliniken Böblingen  
(in jeder SSW)  
Bunsenstr. 120  
71032 Böblingen  
Tel. 07031/668-22242

Marienhospital  
(ab 36. + 0 SSW)  
Böheimstr. 37  
70199 Stuttgart  
Tel. 0711/6489-2320

Klinikum Esslingen  
(in jeder SSW)  
Hirschlandstr. 97  
73730 Esslingen  
Tel. 0711/3103-7910

Paracelsus Krankenhaus Ruit  
(ab 36. + 0 SSW)  
Hedelfinger Str. 166  
73760 Ostfildern  
Tel. 0711/4488-17385

Filderklinik  
(ab 29. + 0 SSW)  
Im Haberschlag 7  
70794 Filderstadt-Bonlanden  
Tel. 0711/7703-0

Rems-Murr-Klinikum Schorndorf  
(ab 36. + 0 SSW)  
Schlichtener Str. 105  
73614 Schorndorf  
Tel. 07181/67-1387

Frauenklinik Stuttgart  
(in jeder SSW)  
Kriegsbergstr. 62  
70174 Stuttgart  
Tel. 0711/ 27863 130

Rems-Murr-Klinikum Winnenden  
(ab jeder SSW)  
Am Jakobsweg 1  
71364 Winnenden  
Tel. 07195/591-41500

Krankenhaus Leonberg  
(ab 36. + 0 SSW)  
Rutesheimer Str. 50  
71229 Leonberg  
Tel. 07152/202-0

Robert-Bosch-Krankenhaus  
(ab 36. + 0 SSW)  
Auerbachstr. 110  
70376 Stuttgart  
Tel. 0711/8101-3474