

# Anmeldung

## Ein guter Start für Kinder



An:  
Gesundheitsamt  
Heinrich-Reinköster-Str. 8  
59065 Hamm

Oder Fax: 17106427

### **Kontaktperson und einsendende Institution:**

Name: \_\_\_\_\_

Institution/Profession: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Personalien der Mutter/der Schwangeren:**

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum  
des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung:



Einverständniserklärung:

Ich wurde über das Angebot des Teams „Ein guter Start für Kinder“ informiert und wünsche die Zusammenarbeit mit einer Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder einer Familienhebamme. Der zu diesem Zweck erforderlichen Übermittlung meiner personenbezogenen Daten stimme ich zu.

---

Datum, Unterschrift des Elternteils

---

Datum, Unterschrift des Einsenders