

Praxis (Stempel / Unterschrift)	An: Landratsamt Regensburg KoKi – Netzwerk frühe Kindheit Fax: 0941/4009-427
--	--

Name _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Ggf. Entbindungstermin _____

Die Patientin wünscht sich Information zu / Unterstützung bei:

- Vorbereitung des häuslichen / familiären Umfelds auf die Geburt und das Neugeborene
- Behördenangelegenheiten
- Psychische Belastung während der Schwangerschaft bzw. im Wochenbett
- Entlastungsmöglichkeiten für (werdende) Eltern

Die Patientin ist mit der Weitergabe Ihrer Kontaktdaten an KoKi einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift der (werdenden) Mutter