

Angaben für die Onlinehebammenliste unserer Webseite

Name: **Mitgliedsnummer:**

Vorname: **Geburtsdatum:**

Straße: **Examen am:**

PLZ / Ort: **Landkreis / Bezirk:**

Telefon:

E-Mail:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Häkchen setzen, in Druckschrift deutlich ausfüllen und den Bogen bitte an Ihre Landesvorsitzende zurücksenden (Adresse siehe oben).

Alle Angaben sind freiwillig. Lassen Sie einfach die Felder frei, zu denen Sie keine Angaben machen möchten. Sollten Sie umziehen oder sich Ihr Arbeitsfeld wesentlich verändern, bitten wir Sie sehr um Information!

Ganz oder teilweise freiberuflich tätig in:

- Hebammenpraxis
- Geburtshaus
- Anderes

Besondere Sprachkenntnisse:

- Englisch Französisch Spanisch
- Russisch Polnisch Italienisch
- Andere

Tätigkeiten:

- Schwangerenvorsorge
- Hilfe bei Beschwerden
- Geburtsvorbereitungskurse
- Hausgeburten
- Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen/Geburtshaus
- Beleggeburten
- Wochenbettbetreuung
- Rückbildungsgymnastik
- Still- und Ernährungsberatung

Zusätzliche Ausbildung/Qualifikation

- Familienhebamme
- Still- und Laktationsberater*in, IBCLC

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse / Telefonnummer weitergegeben wird. Ja / Nein

- Ich wünsche den Eintrag in die Onlineliste des Hebammenverband Brandenburg, Kosten 20,-€.**

Den Unkostenbeitrag überweise ich unter Angabe meines Namens auf unten genanntes Konto. Erst nach Zahlungseingang erfolgt der Eintrag auf der Webseite. Der Überweisungsbeleg dient als Beleg für das Finanzamt, es wird keine Rechnung ausgestellt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel