

21/\_  
À indiquer dans  
toute  
correspondance

**Service** d'obstétrique \_\_\_\_\_ **Déclaration de naissance**

Nom de famille Prénom et le cas échéant deuxième nom ou nom de baptême Date de naissance

Nom de jeune fille Lieu de naissance Nationalité Confession

Code postal Lieu de résidence Rue, numéro de maison District

État civil Mariage civil Lieu du mariage/pays Profession

Père de l'enfant : Nom de famille Prénom et le cas échéant deuxième nom ou nom de baptême Date de naissance

Lieu de naissance Nationalité Confession Profession

Numéro de téléphone Numéro de téléphone de la patiente Père de l'enfant

À contacter en cas d'urgence Chambre familiale  1 lit  2 lits

traitement par un médecin privé

Assurance maladie, numéro d'assurance, assurance complémentaire

Cabinet gynécologique (nom et lieu) le cas échéant, cabinet médical complémentaire pour les résultats

Nom de famille du nouveau-né

Assurance prévue pour les nouveau-nés, avec le père ou la mère médecin privé ? Oui  Non

Combien d'enfants du mariage/partenariat, de la mère

Nom et prénom du dernier enfant né Lieu de naissance

Date présumée de l'accouchement

Date effective

Numéro de	Enfant né le 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année Heure Min.	♀♀ ♀♀	Poids gr	Formule sanguine
ro			Taille cm	
de	Poids gr			
Numéro	Taille cm			
ro	. para . gravida		Signature de la sage-femme	
	Mort-né Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			