

Anmeldung Geburtsvorbereitungskurse

Vorname	
Nachname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Name des Partners	
Voraussichtlicher Geburtsstermin	
Ich erwarte mein...	1. Kind 2. Kind 3. Kind und mehr
Betreuende Ärztin/ Betreuender Arzt	
Kurswunsch	Abendkurs bevorzugt Wochenendkurs bevorzugt
Bemerkungen	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an: gebaersaal.bss@spital.so.ch.

Gerne nehmen wir in den nächsten Tagen mit Ihnen Kontakt auf.