Bitte tragen Sie in diese Liste alle Mütter ein, die vor dem Audit entlassen wurden und die sich mit einem Telefoninterview einverstanden erklärt haben. Bitte legen Sie die Einverständniserklärungen dieser Mütter dieser Liste bei. Die Liste dient als Grundlage für die Durchführung von Telefoninterviews und ist zu Beginn des Audits den Gutachterinnen vorzulegen. Diese Liste sowie die Einverständniserklärungen zu den Telefoninterviews verbleiben in der Klinik.

| **Lfd. Nr.** | **Name der Mutter** | **Geburtsdatum Kind/er** | **Telefonnummer** | **Geburtsart** | **Stillen (Ja/Nein)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |