

DATEN DER HEBAMME

Hebamme:	ÖHG Registrierungsnummer:
<input type="checkbox"/> Kassenhebamme VP Nr.:	<input type="checkbox"/> Wahlhebamme

PERSONALIEN DER MUTTER

Evaluationsbogensnummer:	Geburtensnummer:	
Bundesland:	PZL:	Alter der Mutter: _____ Jahre

ANAMNESE

Errechnerter Entbindungstermin:	Korrigierter Entbindungstermin:	Anzahl der Kontakte in der SS:
Gravidität:	Para:	Aborte:
Lebendgeburten:	Totgeburten:	
Vorangegangene Geburt	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> vaginal-operative Entbindung
Größe: _____ cm	Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg Gewicht vor der Geburt: _____ kg	Rauchen nach der 28. SSW ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

ANGABEN ZUR GEBURT

<b>Geplanter Geburtsort:</b> <input type="checkbox"/> Hausgeburt <input type="checkbox"/> Hebammenpraxis	Entfernung der Hebamme zum Wohnort der Frau: _____ km Entfernung Wohnort der Frau zur Hebammenpraxis: _____ km			
<b>Tatsächlicher Geburtsort:</b>	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<b>Anwesende bei der Geburt:</b>	<input type="checkbox"/> 1 Hebamme anwesend	<input type="checkbox"/> Keine Hebamme anwesend	<input type="checkbox"/> 2 Hebammen anwesend	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt anwesend
Betreuungsbeginn am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr				
Erster MM Befund am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr MM Weite: _____ cm <input type="checkbox"/> keine vag. U. stattgefunden				
Beginn regelmäßiger Wehentätigkeit am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr <input type="checkbox"/> unbekannt				
<b>Herztonkontrolle mit:</b>	<input type="checkbox"/> Dopton	<input type="checkbox"/> Hörrohr	<input type="checkbox"/> CTG	<input type="checkbox"/> HT- Kontrolle nicht möglich
<input type="checkbox"/> Blasensprung	am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> grünlich tingiert <input type="checkbox"/> erbsbreiartig	
<input type="checkbox"/> Amniotomie	am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr	<input type="checkbox"/> missfärbig	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> blutig	
Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Spasmolytika	<input type="checkbox"/> Uterotonika	<input type="checkbox"/> Tokolytika <input type="checkbox"/> Analgetika
MM vollständig eröffnet am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr <input type="checkbox"/> keine vag. U. stattgefunden				
<b>Geburtsposition:</b>	<input type="checkbox"/> Rückenlage	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Vierfüßlerstand	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
	<input type="checkbox"/> Seitenlage	<input type="checkbox"/> sitzend / hockend	<input type="checkbox"/> Wassergeburt	
<b>Kindslage:</b>	<input type="checkbox"/> Vordere Hinterhauptslage	<input type="checkbox"/> Gesichtslage	<input type="checkbox"/> Stirnlage	
	<input type="checkbox"/> Hintere Hinterhauptslage	<input type="checkbox"/> Beckenendlage	<input type="checkbox"/> _____	
<b>Geburtsverletzungen:</b>				
<b>Episiotomie*</b>	<input type="checkbox"/> Keine Episiotomie	<input type="checkbox"/> Episiotomie median	<input type="checkbox"/> Epi medio-lateral	<input type="checkbox"/> Episiotomie lateral
<b>Dammriss*</b>	<input type="checkbox"/> Kein Dammriss	<input type="checkbox"/> DR I	<input type="checkbox"/> DR II	<input type="checkbox"/> DR III/IV
<b>Sonstige Rissverletzungen*</b>	<input type="checkbox"/> Keine Verletzungen	<input type="checkbox"/> Scheidenriss	<input type="checkbox"/> Labienriss	<input type="checkbox"/> Klitorisriss <input type="checkbox"/> Cervixriss
<b>Nahtversorgung</b>	<b>versorgt durch:</b>			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus			
Plazentageburt am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr				
<input type="checkbox"/> Vollständig		<input type="checkbox"/> Unvollständig		
<b>Blutverlust</b>	<input type="checkbox"/> <500ml	<input type="checkbox"/> >500ml	<input type="checkbox"/> >1000ml	

## ANGABEN ZUM KIND

<input type="checkbox"/> Kind wurde vor dem Eintreffen der Hebamme geboren		
Geburt am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr		SSW: ____ + ____
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig
Gewicht: _____ g	Länge: _____ cm	Kopfumfang: _____ cm
<b>APGAR:</b>	1 Minute: _____	5 Minuten: _____ 10 Minuten: _____
	<input type="checkbox"/> Konnte nicht erhoben werden	<input type="checkbox"/> Konnte nicht erhoben werden <input type="checkbox"/> Konnte nicht erhoben werden
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> O2 Gabe	<input type="checkbox"/> Beutelbeatmung	<input type="checkbox"/> Herzmassage

## VERLEGUNG VOR DER GEBURT

Gebärende verlegt am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr		____ + ____ SSW	<b>Notfall:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus: _____		Erfolgter Geburtsmodus _____	
<b>Grund der Verlegung:</b>	<input type="checkbox"/> Geburtsstillstand	<input type="checkbox"/> Schmerzmedikation	<input type="checkbox"/> Missfärbiges Fruchtwasser
	<input type="checkbox"/> Kindliche Herztöne	<input type="checkbox"/> Vorz.Blasensprung ohne WTK	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## VERLEGUNG NACH DER GEBURT

Verlegung am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr		<b>Notfall:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus: _____		
<b>Mütterlicher Grund:</b>	<input type="checkbox"/> Plazentalösungsstörung	<b>Kindlicher Grund:</b> <input type="checkbox"/> Anpassungsstörungen
	<input type="checkbox"/> Höhergradige Dammverletzung	<input type="checkbox"/> V.a. Infektion
	<input type="checkbox"/> Postpartale Hämorrhagie	<input type="checkbox"/> Kindliche Fehlbildung
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel der Hebamme

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:  
Geburtenregister Österreich  
Anichstraße 35  
6020 Innsbruck  
Tel.: 0512/504-22313  
Fax: 0512/504-22315

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das ÖHG:

[qm@hebammen.at](mailto:qm@hebammen.at)

Sarah Brumen MSc., BSc.