

DATEN DER HEBAMME

Hebamme: Vor & Nachname	ÖHG Registrierungsnummer: It. Hebammenausweis
<input type="checkbox"/> Kassenhebamme VPNr.: NUR bei Kassenhebammen	<input type="checkbox"/> Wahlhebamme

Kassenhebammen ankreuzen und Vertragspartnernummer angeben

Wahlhebamme ankreuzen ohne weitere Angabe

PERSONALIEN DER MUTTER

Evaluationsbogennummer: z.B. 1/21	Geburtsnummer:	
Bundesland:	PZL:	Alter der Mutter: _____ Jahre

Die Evaluationsbogennummer ist NICHT gleich die Geburtsnummer!

Der Bogen wird auch im Fall einer Verlegung vor der Geburt an das IET gesendet! Daraus ergibt sich eine fortlaufende Bogennummer. Die Nummerierung wird angegeben mit fortlaufender Bogennummer / Jahr

Die Geburtsnummer dient der Identifikation der Mutter **durch die Hebamme** nach ihrem eigenen Nummerierungssystem und ist für die statistische Auswertung nicht relevant

ANAMNESE

Errechneter Entbindungstermin: It. Mutter-Kind-Pass	Korrigierter Entbindungstermin: It. Mutter-Kind-Pass	Anzahl der Kontakte in der SS:
Gravidität: It. Mutter-Kind-Pass	Para: It. Mutter-Kind-Pass	Aborte: It. Mutter-Kind-Pass
Lebendgeburten: It. Mutter-Kind-Pass		Totgeburten: It. Mutter-Kind-Pass
Vorangegangene Geburt	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Sectio
		<input type="checkbox"/> Vaginal operative Entbindung
Größe: _____ cm	Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg	Rauchen nach der 28. SSW
Angaben ohne Kommastellen	Gewicht vor der Geburt: _____ kg	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Angaben ohne Kommastellen	

Angabe des Geburtsmodus der **letzten Geburt**, vor dieser geplanten Geburt.

Angabe der physischen Kontakte.
Telefonate / Mails werden NICHT gezählt

ANGABEN ZUR GEBURT

Geplanter Geburtsort:		Bei einer ungeplanten Hausgeburt wird KEIN Kreuz gesetzt		Sonstiges wird dann angegeben, wenn die Geburt beispielsweise im RTW / Auto stattgefunden hat	
<input type="checkbox"/> Hausgeburt		Entfernung der Hebamme zum Wohnort der Frau: _____ km			
<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis		Entfernung Wohnort der Frau zur Hebammenpraxis: _____ km			
Tatsächlicher Geburtsort:	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Anwesende bei der Geburt:	<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 Betreuung in Anwesenheit (nicht telefonisch)					
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					
Herztonkontrolle mit:	<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"/> erbsbrennartig	
<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
Die Medikamentengabe bezieht sich auf die Zeit des Eintreffens zur Betreuung bis Ende der Plazentarperiode					
MM vollständig eröffnet am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr <input type="checkbox"/> keine vag. U. stattgefunden					
Geburtsposition:	<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	Nur EINES auswählen	
Kindslage:	<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"/> _____		
Geburtsverletzungen:					
Episiotomie*	<input type="checkbox"/> Keine Episiotomie	<input type="checkbox"/> Episiotomie median	<input type="checkbox"/> Epi medio-lateral	<input type="checkbox"/> Episiotomie lateral	
Dammriss	<input type="checkbox"/> Kein Dammriss	<input type="checkbox"/> DR I	<input type="checkbox"/> DR II	<input type="checkbox"/> DR III/IV	
Sonstige Rissverletzung*	<input type="checkbox"/> Keine Verletzungen	<input type="checkbox"/> Labienriss	<input type="checkbox"/> Cervixriss	<input type="checkbox"/> Klitorisriss	<input type="checkbox"/> Scheidenriss
Nahtversorgung	versorgt durch:				
<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		
Blutverlust	<input type="checkbox"/> <500ml	<input type="checkbox"/> >500ml	<input type="checkbox"/> >1000ml		

Folgende Angaben zur Geburt sind IMMER anzugeben:

- Geplanter Geburtsort
- Tatsächlicher Geburtsort

Haus-/ Praxisgeburt: Alle Felder werden ausgefüllt

Krankenhausgeburt: Jene Felder werden ausgefüllt, die noch während dem Beisein der Hebamme geschehen sind (Bsp.: Beginn Wehentätigkeit, Blasensprung, vaginale Untersuchung, HT Kontrolle, Medikamentengabe)

Bei einer Geburt im Krankenhaus müssen *Angaben zum Kind NICHT* ausgefüllt werden, der Bogen wird trotzdem ausgefüllt an das IET geschickt

Blasensprung/Amniotomie: Bei einer Haus-/ Praxisgeburt wird **immer** angegeben ob Amniotomie oder Blasensprung und die Fruchtwasserfarbe. **KLAR** benötigt **keine** weitere Ausführung. Bei **MISSFÄRBIG MUSS** die **Farbe des Fruchtwassers** angegeben werden.

Geburtsverletzungen: In der Zeile Episiotomie und in der Zeile Sonstige Rissverletzungen und der Zeile Dammriss **muss mindestens eine Auswahl getroffen werden**. Sobald **Keine Episiotomie / Kein Dammriss / Keine Verletzungen** angegeben wird, darf keine weitere Auswahl mehr getroffen werden.

NUR bei Sonstige Rissverletzungen darf eine Mehrfachauswahl getroffen werden.

ANGABEN ZUM KIND

<input type="checkbox"/> Kind wurde vor dem Eintreffen der Hebamme geboren			
Geburt am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr		SSW: ____ + ____	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig			
Gewicht: _____ g	Länge: _____ cm	Kopfumfang: _____ cm	
APGAR:	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	

Die Angabe „APGAR konnte nicht erhoben werden“ ist nur dann anzugeben, wenn „Keine Hebamme anwesend“ „Tatsächlicher Geburtsort – sonstige“ oder/oder „Kind wurde vor dem Eintreffen der Hebamme geboren“ angekreuzt wurden.

Das obige Feld wird mit der Angabe „Konnte nicht erhoben werden“ freigelassen

VERLEGUNG VOR DER GEBURT

Gebärende verlegt am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr	____ + ____ SSW	Notfall: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krankenhaus: _____		erfolgter Geburtsmodus _____	
Grund der Verlegung:	<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: _____

Wird die Geburt verlegt, ist dieser Abschnitt IMMER VOLLSTÄNDIG auszufüllen! Den tatsächlich erfolgten Geburtsmodus eintragen!
Wird „Sonstiges“ angegeben, wird IMMER ein Grund angegeben!

VERLEGUNG NACH DER GEBURT

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

Werden Mutter und/oder Kind nach der Geburt verlegt, ist dieser Abschnitt IMMER VOLLSTÄNDIG auszufüllen!
Wird „Sonstiges“ angegeben, wird IMMER ein Grund angegeben!

Die Verlegung nach der Geburt bezieht sich nur auf eine Verlegung während der Zeit nach der Geburt, in der die Hebamme noch anwesend ist. Alle anderen Verlegungen während des Wochenbettes werden nicht dazugezählt

Bitte füllen Sie den Fragebogen immer vollständig aus!
Bitte senden Sie den Fragebogen auch dann an das IET, wenn die Geburt verlegt werden musste und somit keine Haus-/Praxisgeburt stattgefunden hat