

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Partogramm		Uhrzeit																																			
		00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45
MM	VG																																				
1	-4																																				
2	-3																																				
3	-2																																				
4	-1																																				
5	ISP																																				
6	+1																																				
7	+2																																				
8	+3																																				
9	+4																																				
10	BB																																				

Wehenbeginn:	SSW:	Gebärposition:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Abschließende Untersuchung Mutter:	Abschließende Untersuchung Kind:
Blasensprung:	Geburt am:	um:	Uhr <input type="checkbox"/> reif <input type="checkbox"/> unreif <input type="checkbox"/> übertragen	RR/P:	Puls:
Farbe/Menge FW:	Verletzungen d. GW:	Gewicht:	L: KU:	Uterus:	Atmung:
Dauer EP:	Naht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Apgar:	Blutung:	Temperatur:	
Dauer AP	Plazentageburt:	Vit K: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Augentropfen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kreislauf:	Hautfarbe:	
Dauer NGP:	Plazenta/Eihäute: <input type="checkbox"/> vollst. <input type="checkbox"/> unvollst.	Angelegt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Miktion: <input type="checkbox"/> SPH <input type="checkbox"/> KH	Harn:	
Geburtsdauer Gesamt:	Blutverlust in ml:	BG/Rh Neugeborenes:	Besonderheiten:	Mekonium:	
Modus:	Lage:	Geburt in die Klinik verlegt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	In die Kinderklinik verlegt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besonderheiten:	