Hebammenprotokoll bei Transferierung Hausgeburt / Geburt in der Hebammenpraxis / Geburt im Geburtshaus

Name:
Operationen:
Allergien:
Besonderheiten:

Grav:	Part:	EGT:	**GT lt. US:**

Geburt:
Wehenbeginn (Datum/Uhrzeit):
Blasensprung (Datum/Uhrzeit):
Fruchtwasser: □ klar □ mißfärbig Menge:
Erstbefund (Datum/Uhrzeit):
Letzter vaginaler Befund (Datum/Uhrzeit):
Geburt (Datum/Uhrzeit):
Medikamentenverabreichung:

Plazenta vollständig: □ Ja □ Nein	Eihäute vollständig: □ Ja □ Nein
Blutverlust in ml:	
Verletzungen der Geburtswege:	Naht: □ Ja □ Nein

Name Kind:	Geschlecht: □ ♀ □ ♂
Apgar: Gewicht:	Länge: Kopfumfang:
Harn: □ Ja □ Nein	Mekonium: □ Ja □ Nein
Stillen: □ Ja □ Nein	Konakion: □ Ja □ Nein / Augentropfen: □ Ja □ Nein

Besonderheiten/CAVE: _____

_____

Grund der Transferierung: _____

_____

Transport: □ Privatauto □ Rettung □ Notarzt		Notfall: □ Ja □ Nein
Anruf Rettung:	Eintreffen Rettung:	Eintreffen Notarzt:
Abfahrt in die Klinik:		Eintreffen in der Klinik:
In der Klinik übernommen von:		Uhrzeit:
Verlegt von Hebamme:		Telefonnummer:

Unterschrift der Beteiligten: