

ANAMNESE

Name: _____

ALLGEMEINE ANAMNESE:	
Größe:	Ausgangsgewicht:
Nikotin:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkohol:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Suchtmittel:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	
Ernährung/Unverträglichkeiten:	
Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen:	
Operationen/Unfälle/Verletzungen:	
Gewalt:	
Sexualität:	
Psyche:	
Besondere Belastungen:	

FAMILIENANAMNESE:

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:		
Menarche:	Zyklus:	LNR:
Verhütung vor der Schwangerschaft:		
Gynäkologische Operationen:		
Brust/Brustwarzen:		
Beckendiagnostik:		

Frühere Schwangerschaften (einschliesslich Aborte/Interruptio/EUG/Blasenmole):				
Datum/SSW/Geburtsort:	Schwangerschaftsverlauf:	Geburtsverlauf:	Kind:	Wochenbett/Stillen:

SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

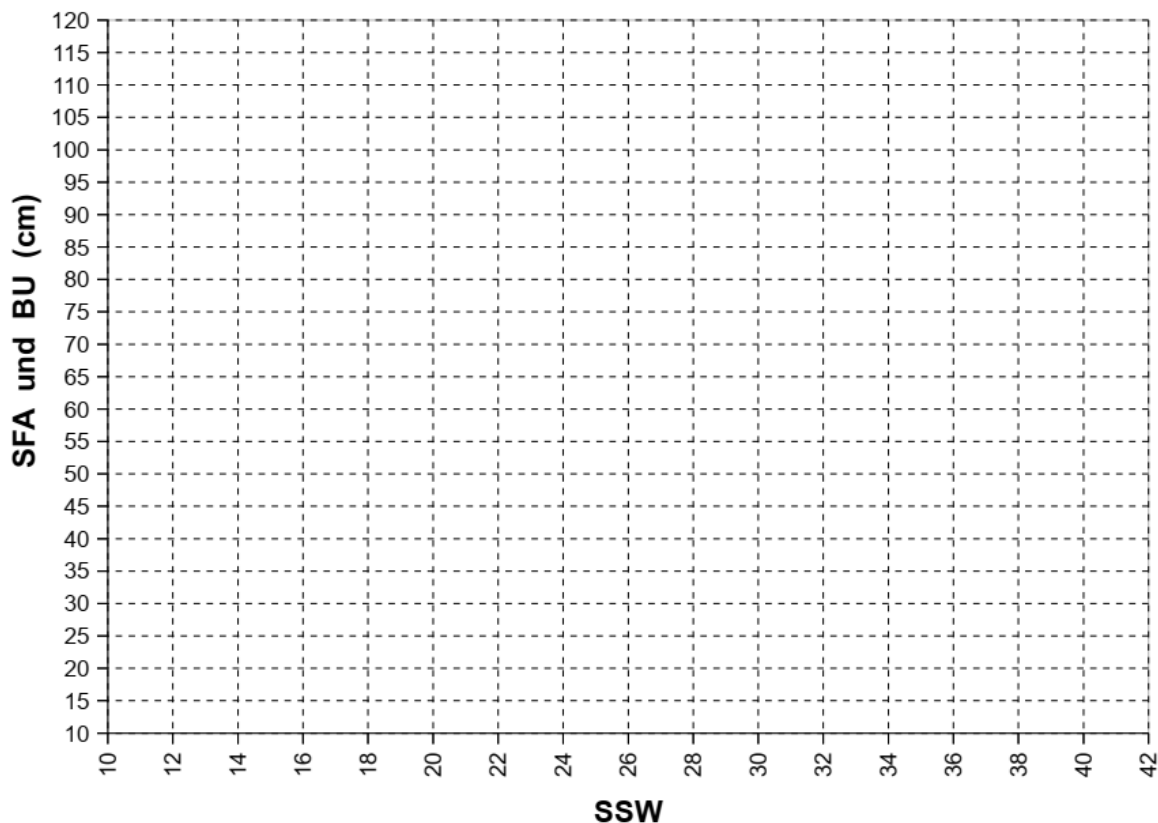
Name: _____

LABORWERTE:					
Blutgruppe:	Rh.D:		Strept. B:	neg.	pos.
Antikörper:	neg.	pos.	Toxo:	neg.	pos.
	neg.	pos.		neg.	pos.
	neg.	pos.		neg.	pos.
Anti D Prophylaxe:			Röteltiter:	neg.	pos.
16. SSW	HK:	Hb:	Lues:	neg.	pos.
bis 28. SSW	HK:	Hb:			
TSH:			HBS:	neg.	pos.
OGTT : nü:	1h:	2h:	HIV:	neg.	pos.
			Chlamydien:	neg.	pos.

PRÄNATALDIAGNOSTIK:					
Amniozentese:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Combined-Test:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harmony-Test:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nackenfaltenmessung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organscreening:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Besonderheiten:		

Besonderheiten in der Schwangerschaft:

MESSUNG BAUCHUMFANG und SYMPHYSEN-FUNDUS-ABSTAND:



SCHWANGERSCHAFTSUNTERSUCHUNGEN

Name: _____

Sitz der Plazenta:	
---------------------------	--

Visite/Ordination	1	2	3	4	5	6	7	8
Datum/Uhrzeit								
SSW								
AZ/Psyche								
Gewicht								
RR/P								
Harn								
Verdauung								
Ödeme								
Varikosis								
Harnblase / BB / Bänder								
Ernährung								
Vaginaler Befund								
Besonderheiten								
Kindslage								
BU/SFA								
Fetale Herztöne								
Kindsbewegungen								
Fruchtwasser								

Name: _____

ANMERKUNGEN ZU DEN SCHWANGERSCHAFTSUNTERSUCHUNGEN

Datum:

Datum:

Datum:

Datum:

Datum:

Datum:

Datum:

Name Mutter:	Blutgruppe:	Rh-Prophylaxe:
Geburtsmodus:	Verletzungen der Geburtswege:	
Entlassungsdatum:	Tag pp:	
Besonderheiten:	Medikamente:	
Situation der Mutter bei der Entlassung aus der Klinik:		

Datum/Uhrzeit/Tag						
Vitalwerte:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:
AZ						
Brust/Brustwarzen						
Uterus						
Lochien						
Verletzungen der GW / Naht						
Ausscheidung						
Maßnahmen						

Beratung:	<input type="checkbox"/> Rückbildung	<input type="checkbox"/> Verhütung	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
-----------	--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Name Mutter:	Dokumentationsblatt 2 / Mutter
--------------	--------------------------------

Datum/Uhrzeit/Tag						
Vitalwerte:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:	Temp: RR: Puls:
AZ						
Brust/Brustwarzen						
Uterus						
Lochien						
Verletzungen der GW / Naht						
Ausscheidung						
Maßnahmen						

Bemerkungen	
-------------	--

Name Kind:	Geburtsdatum:	Uhrzeit:	SSW:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	
BG Kind:	APGAR:	Gewicht:	Länge:	KU:	Bili: NG-Screening:
KinderärztInkontrolle / Hüftultraschall:				Hörtest:	
Ernährungssituation des Säugling bei der Entlassung:					
Entlassungsdatum:	Lebenstag pp:	Entlassungsgewicht:	7% Grenze 10% Grenze	Vit K:	Vit D:
Besonderheiten:					

Datum/Uhrzeit/Tag						
Vitalwerte:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:
Ernährung						
Gewicht						
Haut						
Ikterus						
Nabel						
Ausscheidungen	S H	S H	S H	S H	S H	S H
Maßnahmen						

Beratung:	<input type="checkbox"/> Babypflege	<input type="checkbox"/> Babymassage	<input type="checkbox"/> Ernährung/Beikost	<input type="checkbox"/> Weiterführende Angebote	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
-----------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	--	-------------------------------------

Name Kind:	Dokumentationsblatt 2 / Kind
------------	------------------------------

Datum/Uhrzeit/Tag						
Vitalwerte:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:	Temp: Puls: Atmung: Reflexe:
Ernährung						
Gewicht						
Haut						
Ikterus						
Nabel						
Ausscheidungen	S H	S H	S H	S H	S H	S H
Maßnahmen						

Bemerkungen	
-------------	--

Name: _____

ANMERKUNGEN ZUM WOCHENBETT – MUTTER / KIND

Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:
Datum:

