

## PERSONALIEN

Betreuungszeitraum: \_\_\_\_\_

PERSÖNLICHE DATEN:	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	Km-Zahl (hin):
Telefon:	
E-Mail:	
Lebensform: <input type="checkbox"/> Partnerschaft/Ehe <input type="checkbox"/> keine Partnerschaft	
Beruf:	Nationalität:

DATEN PartnerIn:
Nachname und Vorname:
Telefon:

VERSICHERUNGSDATEN:
Kasse:                                      SV-Nummer:                                      Privat:
Mitversichert/Name und SV-Nummer:

GynäkologIn:	KinderärztIn:
HausärztIn:	

MIT DER KLIENTIN VEREINBARTE LEISTUNGEN:
Geplanter Geburtsort:
Betreuung nach ambulanter Geburt <input type="checkbox"/>
Betreuung nach stationären Aufenthalt <input type="checkbox"/>
Sonstiges:

EGT:	<b>GT lt. US:</b>	Grav.:	Part.:
Sterilitätsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Erste Kindsbewegungen:	

<b>Hebammenberatung (18. - 22. SSW) lt. MKP:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Geburtsvorbereitungskurs:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                      Ort:

BESONDERHEITEN:

## 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:



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:



