

DATEN DER HEBAMME

Hebamme: _____	<input type="checkbox"/> Kassenhebamme	VPNR: _____
ÖHG Registrierungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> Wahlhebamme	

PERSONALIEN DER MUTTER

Geburtensnummer: _____	Alter der Mutter: _____	Jahre
PLZ: _____	Wohnort: _____	Bundesland: _____
Höchste abgeschlossene Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Lehre	<input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre
<input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule	<input type="checkbox"/> AHS/BHS (Matura)	<input type="checkbox"/> Hochschule/Fachhochschule

ANAMNESE

Erstkontakt: _____ + SSW	Anzahl der Kontakte in der Schwangerschaft: _____
Errechneter Geburtstermin: _____	Korrigierter Geburtstermin: _____
Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften: _____	Davon Lebendgeburten: _____
	Davon Todgeburten: _____
	Davon Sectiones: _____
	Davon vag. op. Entbindung: _____
Größe: _____ cm	Körpergewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg
	Letztes Gewicht vor der Geburt: _____ kg
Rauchen im letzten Trimester (nach der 28.SSW) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

ANGABEN ZUR GEBURT

Geplanter Geburtsort:	Entfernung Hebamme zum Wohnort der Frau: _____ km		
<input type="checkbox"/> Hausgeburt	Entfernung Wohnort der Frau zur Hebammenpraxis: _____ km		
<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis			
<input type="checkbox"/> Krankenhaus			
Tatsächlicher Geburtsort:	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
Anwesende bei der Geburt:	<input type="checkbox"/> Hebamme	<input type="checkbox"/> Zweite Hebamme	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt
Betreuungsbeginn am _____ . _____ .20 _____ um _____ :			
Erster MM Befund am _____ . _____ .20 _____ um _____ :	MM Weite: _____	cm	
Wehenbeginn:	Herzkontrolle mit:		
am _____ . _____ .20 _____ um _____ :	<input type="checkbox"/> Dopton	<input type="checkbox"/> Hörrohr	
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> CTG	<input type="checkbox"/> Nicht möglich	
<input type="checkbox"/> Blasensprung	<input type="checkbox"/> Amniotomie	Fruchtwasser:	
am _____ . _____ .20 _____ um _____ :	<input type="checkbox"/> klar		<input type="checkbox"/> missfärbig
<input type="checkbox"/> unbekannt			
Medikamente unter der Geburt:			
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Spasmolytika <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Tokolytika <input type="checkbox"/> Analgetika <input type="checkbox"/> Sonstige			
MM vollständig eröffnet am _____ . _____ .20 _____ um _____ :			
Gebärposition:			
<input type="checkbox"/> Rückenlage	<input type="checkbox"/> Seitenlage	<input type="checkbox"/> Vierfüßlerstand	<input type="checkbox"/> Stehend
<input type="checkbox"/> Hockend	<input type="checkbox"/> Hocker	<input type="checkbox"/> Wassergeburt	<input type="checkbox"/> Sonstige
Kindslage: <input type="checkbox"/> Regelrechte Schädellage <input type="checkbox"/> Regelwidrige Schädellage <input type="checkbox"/> Sonstige			
Episiotomie: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> median <input type="checkbox"/> medio-lateral			
Geburtsverletzung:			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> DRI	<input type="checkbox"/> DRII	<input type="checkbox"/> DRIII/IV
<input type="checkbox"/> Labienriss	<input type="checkbox"/> Scheidenriss	<input type="checkbox"/> Cervixriss	<input type="checkbox"/> Klitorisriss
Naht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Versorgt durch: <input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
Plazenta am _____ . _____ .20 _____ um _____ :	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> unvollständig	
Abgenabelt am _____ . _____ .20 _____ um _____ :	Auspulsiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Blutverlust <input type="checkbox"/> unter 500ml <input type="checkbox"/> über 500ml <input type="checkbox"/> über 1000ml			

ANGABEN ZUM KIND

Geburt am <input type="text"/> . <input type="text"/> .20 um <input type="text"/> : <input type="text"/> SSW: <input type="text"/> + <input type="text"/> SSW		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unklar		
Gewicht: <input type="text"/> g	Größe: <input type="text"/> cm	Kopfumfang: <input type="text"/> cm
APGAR: 1 Minute: <input type="text"/>	5 Minuten: <input type="text"/>	10 Minuten: <input type="text"/>
Reanimation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

VERLEGUNG GEBURT

Geburt verlegt am <input type="text"/> . <input type="text"/> .20 um <input type="text"/> : <input type="text"/> SSW: <input type="text"/> + <input type="text"/> SSW		
Notfall: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Transport: <input type="checkbox"/> Rettung <input type="checkbox"/> Privatauto	
Ins Krankenhaus: (Name, PLZ) <input type="text"/>		
Grund:		
<input type="checkbox"/> Geburtsstillstand	<input type="checkbox"/> Vorzeitiger Blasensprung ohne Wehenbeginn	<input type="checkbox"/> Kindliche Herztöne
<input type="checkbox"/> Schmerzmedikation	<input type="checkbox"/> Missfärbiges Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Geburtsmodus im Krankenhaus: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Vaginal operativ <input type="checkbox"/> Sectio		

VERLEGUNG NACH DER GEBURT

Verlegung am <input type="text"/> . <input type="text"/> .20 um <input type="text"/> : <input type="text"/> SSW: <input type="text"/> + <input type="text"/> SSW		
Notfall: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Transport: <input type="checkbox"/> Rettung <input type="checkbox"/> Privatauto	
Ins Krankenhaus: (Name, PLZ) <input type="text"/>		
Mütterlicher Grund:		Kindlicher Grund:
<input type="checkbox"/> Plazentalösungsstörung	<input type="checkbox"/> Höhergradige Dammverletzung	<input type="checkbox"/> Anpassungsstörung
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutverlust	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> V.a. Infektion
		<input type="checkbox"/> Kindliche Fehlbildung
		<input type="checkbox"/> Sonstiges

Datum:

Unterschrift/Stempel der Hebamme:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Geburtenregister Österreich

Anichstraße 35

6020 Innsbruck

Tel. 0512/504-22313

Fax. 0512/504-22315

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das ÖHG:

ak-gebregister@hebammen.at

Christine Rieger MSc, Kathrin Schwarzenberger MSc