

# NOTIZEN

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alter d. Mutter: \_\_\_\_\_ Grav.: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Errechneter Geb.-Termin: \_\_\_\_\_

Blutgruppe der Mutter: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Eigen-/Familienanamnese (z.B. Allergien, Behinderungen, Diabetes, Operationen,

Bluthochdruck): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwangerschaftsanamnese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsverlauf/Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Epi/DR: \_\_\_\_\_

Entlassungsbericht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandelnder Gynäkologe/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Arzt (Name) hinzugezogen am: \_\_\_\_\_

Betreuende Hebamme: \_\_\_\_\_



## WOCHENBETT- BETREUUNGSBOGEN

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Entfernung (km): \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

IK-Nr.: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Vollendete Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Entbindungsort: \_\_\_\_\_ Gepl. Geb.-Termin: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Entlassungsgewicht: \_\_\_\_\_

Länge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_



PB Art.-Nr. 9707034 1133 D

Datum										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Mutter**

Allgemeinbefinden/ Besonderheiten										
Damm										
Lochien										
Mammae										
Medikamente/ Hilfs- und Heilmittel										
Naht										
Rektusdiastase										
Stuhl (X), Urin (O)										
Uterus										
Varizen/Hämorrhoiden										
Vitalwerte										
Wochenbettgymnastik										

**Kind**

Besonderheiten/Verhalten										
Bilirubin										
Gestillt/Trinkverhalten										
Gewicht										
Lebenstag										
Medikamente/ Hilfs- und Heilmittel										
Nabel										
Nahrung										
Stuhl (X), Urin (O)										

Screening-Test am: \_\_\_\_\_ Rachitis-Prophylaxe: \_\_\_\_\_ BCG-Impfung: \_\_\_\_\_ U2 durchgeführt: \_\_\_\_\_ Vit.-K-Gabe (oral/subkutan): \_\_\_\_\_

# CHECKLISTE: Beratungsthemen im Wochenbett

**Mutter**

Abpumpen	<input type="checkbox"/>	Körperliche Veränderungen	<input type="checkbox"/>
Abstillen	<input type="checkbox"/>	Narbenpflege/ Intimhygiene	<input type="checkbox"/>
Anlegetechnik	<input type="checkbox"/>	Partnerschaft/ Elternschaft	<input type="checkbox"/>
Beckenboden- schonendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	Postpartale Blutung	<input type="checkbox"/>
Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	Rauchverhalten	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	Regelung Nichterreich- barkeit der Hebamme	<input type="checkbox"/>
Geschwister/ Eifersucht	<input type="checkbox"/>	Sexualität/Verhütung	<input type="checkbox"/>
Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Stillgruppen	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	Thrombose- prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Hebammenhilfe	<input type="checkbox"/>	Verhalten bei Milchstau	<input type="checkbox"/>

**Kind**

Allergieprophylaxe	<input type="checkbox"/>	Lagerung/Handling	<input type="checkbox"/>
Beikosteführung	<input type="checkbox"/>	Maßnahmen bei Blähungen	<input type="checkbox"/>
Entwicklung/ Wachstumsschübe	<input type="checkbox"/>	Milchzubereitung	<input type="checkbox"/>
Flaschensäuberung/ Hygiene	<input type="checkbox"/>	Schlaf-Wach- Rhythmus	<input type="checkbox"/>
Hausapotheke/1. Hilfe	<input type="checkbox"/>	Schnuller	<input type="checkbox"/>
Impfungen	<input type="checkbox"/>	Tragehilfen	<input type="checkbox"/>
Kariesprophylaxe	<input type="checkbox"/>	Unfallsichere Umgebung	<input type="checkbox"/>
Kleidung/ Körperwärme	<input type="checkbox"/>	Wickeln/Baden/ Körperpflege	<input type="checkbox"/>

