

■ **Personalien**

Lfd.Nr.

Datum der Aufnahme

--	--	--	--	--	--	--	--

Name

geb. am

--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

Wohnort

■ **Schwangerschaft**

Para	Gewicht kg	Kindslage	Risikofaktoren:
Gravida	Größe cm	Herztöne pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	
SSW	RR /		
Blutgruppe Rh-Faktor pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>			

■ **Entbindung**

Datum der Geburt

--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kindes

Uhrzeit <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Wehenbeginn: Uhrzeit: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> spontan <input type="checkbox"/> Einleitung <input type="checkbox"/>						Blasensprung: vorzeitig <input type="checkbox"/> frühzeitig <input type="checkbox"/> rechtzeitig <input type="checkbox"/> künstlich <input type="checkbox"/>	Fruchtwasser: klar <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/>
Geburtsdauer Std.													
Austreibungsperiode Min.													
Entbindungs-Modus: spontan <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> primäre Sectio <input type="checkbox"/> sekundäre Sectio <input type="checkbox"/>	Geburtsposition: Hockergeburt <input type="checkbox"/> Vierfüßler <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> halb sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Wassergeburt <input type="checkbox"/>	Geburtsverletzungen: Damm intakt <input type="checkbox"/> Epi median <input type="checkbox"/> Epi med.lat. <input type="checkbox"/> Dammriss I.° <input type="checkbox"/> Dammriss II.° <input type="checkbox"/> Dammriss III.° <input type="checkbox"/> Labienriss <input type="checkbox"/> Scheidenriss <input type="checkbox"/> Zervixriss <input type="checkbox"/>	Plazenta: vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> Nachtastung <input type="checkbox"/> manuelle Lösung <input type="checkbox"/> Curette <input type="checkbox"/>										
Begründung bei operativer Entbindung:			Blutverlust: < 500 ml <input type="checkbox"/> > 500 ml <input type="checkbox"/> Nabelschnur:										

■ **Kind**

lebendgeboren <input type="checkbox"/> totgeboren <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> reif <input type="checkbox"/> unreif <input type="checkbox"/>	Gewicht g Länge cm Kopfumfang cm Apgar <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nabelschnur-pH <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Reanimation
		Verlegung (Diagnose)										
		<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Hier Etikett für Neugeborenen-Screening einkleben. </div>										

Geburtsleitung: Hebamme	Medikamente:
Arzt/Ärztin	
Pädiater:	
Anästhesist:	
	Narkose: