

Aufnahme

von der Patientin auszufüllen



Name (Anschrift)	
Telefonnummer	
Nachname vom Kind	
Versicherung vom Kind	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat
Hebamme +Telefonnummer	
Kinderarzt	
Frauenarzt	
	Gab es Auffälligkeiten beim Ultraschall in der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche?
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwisterkind <input type="checkbox"/> Vater
Allergien	
Ausschließlicher Stillwunsch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vielleicht
Stillerfahrung	
Familienzimmer (je nach Verfügbarkeit)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gewünscht
Essen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Ohne
Sonstiges	

vom Pflegepersonal auszufüllen



Geburtsnummer Datum Uhrzeit 1 Uhrzeit 2		Kind 1	Kind 2
		Verlegt am	Zurückverlegt am
		Verlegt am	Zurückverlegt am
Schlafsack	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Foto	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Erstgespräch	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Vorgewickelt	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Kontrolle Anlegetechnik	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Brustwarzensalbe	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Multi-Mam Kompressen	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Stillhütchen Größe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Milchbildungsstee	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Abpumpen eingewiesen	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Begleitmutterschreiben	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
Frühgeburtenbescheinigung	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	<input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum

Kind 1		Kind 2	
OAE	Bera	OAE	Bera
Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum	Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Ja HZ+Datum
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Vorz-E. <input type="checkbox"/> U2 Datum	<input type="checkbox"/> Vitamin K Entlassgewicht	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Vorz-E. <input type="checkbox"/> U2 Datum	<input type="checkbox"/> Vitamin K Entlassgewicht
BC/Bili i.V. Datum	Nachkontrolle am ① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____	BC/Bili i.V. Datum	Nachkontrolle am ① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____