

# Aufnahme von der Patientin auszufüllen



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

# Postpartal vom Pflegepersonal auszufüllen



Geburtennr. Datum: Uhrzeit 1: Uhrzeit 2:	Kind 1	Kind 2	
	Verlegt am..... Zurückverlegt am.....	Verlegt am..... Zurückverlegt am.....	
Schlafsack	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....	
Foto	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Erstgespräch	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Vorgewickelt	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Kontrolle Anlegetechnik	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Brustwarzensalbe	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Multi-Mam Kompressen	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Stillhütchen Größe: M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Milchbildungstee	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Abpumpen eingewiesen	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Begleitmutterschreiben	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
Frühgeburtenbescheinigung	Ja <input type="checkbox"/> HZ+Datum.....		
<b>Kind 1</b>		<b>Kind 2</b>	
<b>OAE:</b> Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig  HZ+Datum.....	<b>Bera:</b> Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig  HZ+Datum.....	<b>OAE:</b> Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig  HZ+Datum.....	<b>Bera:</b> Rechts <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig Links <input type="checkbox"/> opB <input type="checkbox"/> auffällig  HZ+Datum.....
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Vorz.-E <input type="checkbox"/> U2 Datum.....	Vitamin K <input type="checkbox"/> Entlassgewicht ..... Ernährung .....	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Vorz.-E <input type="checkbox"/> U2 Datum.....	Vitamin K <input type="checkbox"/> Entlassgewicht..... Ernährung .....
Nachkontrolle am:		Nachkontrolle am:	
BC / Bili i.v .....	① .....	BC / Bili i.v .....	① .....
Datum .....	② .....	Datum .....	② .....
	③ .....		③ .....
	④ .....		④ .....