

Mutterpass

für die Hebamme

Schwangere



Allgemeine Angaben

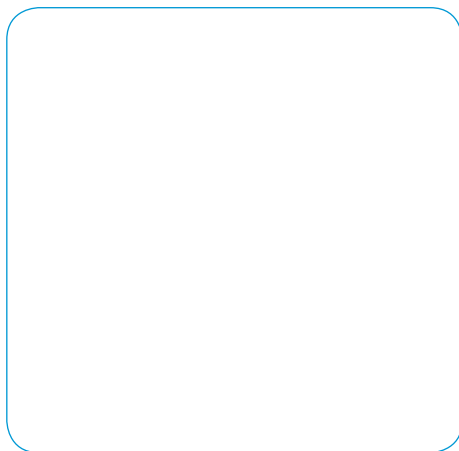
Betreuende Hebamme

Betreuender Gynäkologe

Voraussichtliche Entbindungsklinik

Entbindungstermin

Voraussichtlicher Kinderarzt



Stempel der Hebamme





Persönliche Angaben der Schwangeren

Name: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Kassen-Nr.: _____ VNR: _____

Gültig: _____

Kindsvater: _____ Tel.: _____

Fam.-Stand: _____

Geschwister: _____

Alter _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida _____ Para _____

A. Anamnese der Schwangeren

- | | ja | | nein |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) _____ | <input type="checkbox"/> | 1. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutungs-/Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> | 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergie, z.B. gegen Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> | 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Frühere Bluttransfusionen | <input type="checkbox"/> | 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) | <input type="checkbox"/> | 6. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) | <input type="checkbox"/> | 7. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) | <input type="checkbox"/> | 8. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | 9. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adipositas | <input type="checkbox"/> | 10. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kleinwuchs | <input type="checkbox"/> | 11. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Skelettanomalien | <input type="checkbox"/> | 12. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Schwangere unter 18 Jahren | <input type="checkbox"/> | 13. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Schwangere über 35 Jahren | <input type="checkbox"/> | 14. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) | <input type="checkbox"/> | 15. | <input type="checkbox"/> |
| 16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung | <input type="checkbox"/> | 16. | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) | <input type="checkbox"/> | 17. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Zustand nach Mangelgeburt | <input type="checkbox"/> | 18. | <input type="checkbox"/> |
| 19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen | <input type="checkbox"/> | 19. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese | <input type="checkbox"/> | 20. | <input type="checkbox"/> |
| 21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 21. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 22. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Zustand nach Sectio | <input type="checkbox"/> | 23. | <input type="checkbox"/> |
| 24. Zustand nach anderen Uterusoperationen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 24. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) | <input type="checkbox"/> | 25. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 26. | <input type="checkbox"/> |

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

Zyklusanamnese

Menarche: _____

Zyklus: regelmäßig Tage/_____ unregelmäßig Tage/_____

1. Tag der letzten Periode: . . . 20

Entbindungstermin: . . . 20

Konzeptionstermin: . . . 20

Zust. n. Sterilitätsbehandlung: _____

Zust. n. ICSI am: _____

Zust. n. IVF am: _____

Transfer: _____

Sonstiges: _____

Laboruntersuchungen

Blutgruppe _____

Antikörper-Suchtest negativ

Röteln-HAH-Test negativ

Nachweis von Chlamydia trachomatis

negativ

positiv

LSR durchgeführt am: _____

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ

positiv

Nachweis von HBs-Antigen

negativ

positiv

HIV-Test

durchgeführt

Toxoplasmose

negativ

positiv

CMV durchgeführt

negativ

positiv

Listeriose

negativ

positiv

OGTT durchgeführt am: _____

BZ-Werte _____ mg/dl _____ mg/dl _____ mg/dl

Abstrich auf β -hämolisierende Streptokokken

negativ

positiv

am: _____

Rh _____

positiv, Titer 1: _____

positiv, Titer 1: _____

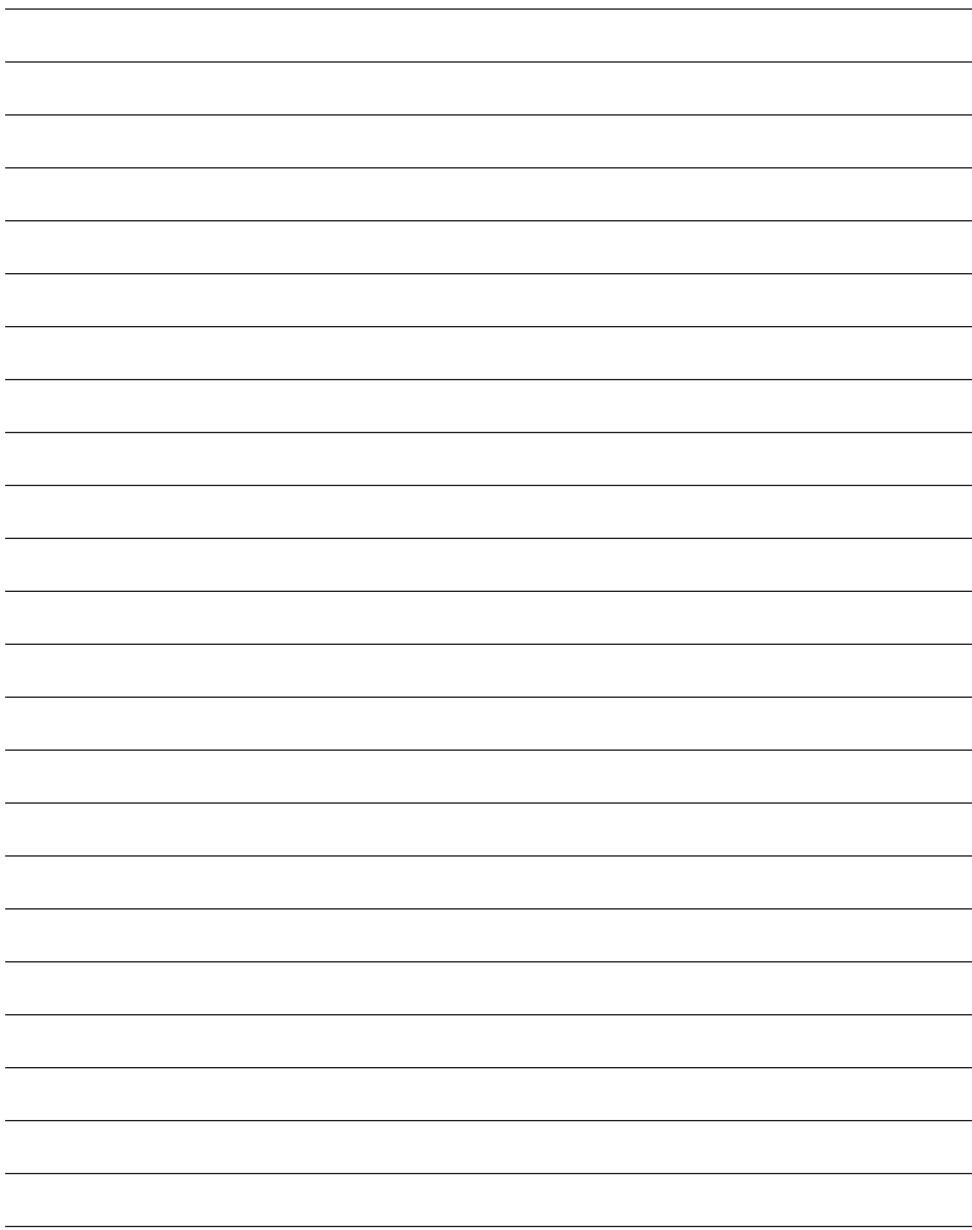
Beratung der Schwangeren

- Gesundheitsbewußte Lebensführung in der Schwangerschaft über Ernährung, Genußmittel, Reisen, Beruf, Sport
- Aufklärung über Risiken bei Nikotinkonsum in der Schwangerschaft
- Zur Zahngesundheit
- Leistungen der Hebammenhilfe (Schwangerschafts-Vorsorge, GVB-Kurs, Nachsorge etc.)
- Beratung zum Geburtsmodus
- Vorbereitung auf die Elternschaft
- Beratung zur Ernährung des Säuglings/Stillförderung

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

Hilfe bei Beschwerden und/oder Wehen



Abschluss-Untersuchung / Epikrise

Datum _____ SSW

extern entbunden

Geburt

1. Kind

2. Kind (Zwilling)

Lebendgeburt

ja	nein
----	------

ja	nein
----	------

Geschlecht

m	w
---	---

m	w
---	---

Geburtsmodus

sp	S	vag. Op.
----	---	----------

sp	S	vag. Op.
----	---	----------

Kindslage

SL	BEL	QL
----	-----	----

SL	BEL	QL
----	-----	----

Gewicht

				g
--	--	--	--	---

				g
--	--	--	--	---

Länge/Kopfumfang

		/			cm
--	--	---	--	--	----

		/			cm
--	--	---	--	--	----

Apgar-Zahl 5'/10'

		/			cm
--	--	---	--	--	----

		/			cm
--	--	---	--	--	----

pH-Wert (Nabelarterie)

--	--

--	--

auffällige Fehlbildung

ja	nein
----	------

ja	nein
----	------

Besonderheiten

Wochenbett normal

ja	nein
----	------

gyn. Befund normal

ja	nein
----	------

Hb

RR		/		
----	--	---	--	--

Anti-D-Prophylaxe

ja	nein
----	------

Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

ja

Besonderheiten

Wochenbett

Blutgruppe und

Untergruppen

(nur bei RH neg.-

Mutter; kein Ausweis!)

A	B	O	AB
Rh pos.		Rh neg.	

A	B	O	AB
Rh pos.		Rh neg.	

direkter Coombstest

neg.	pos.
------	------

neg.	pos.
------	------

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Kind verstorben am

Datum der Entlassungsuntersuchung

Unterschrift/Stempel

Nutzen Sie unser einzigartiges Informationsmaterial für Ihre tägliche Arbeit

Mit unseren leicht verständlichen Merkblättern und Aufklärungsbroschüren bieten wir Ihnen kompetente Unterstützung für Ihre tägliche Arbeit, z. B.:



Patienten-Ratgeber



Empfehlungsblock



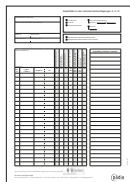
Hebammen-Mutterpass



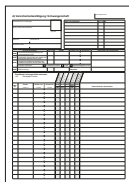
Wochenbett-dokumentation



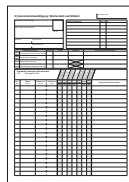
Geschwisterpass



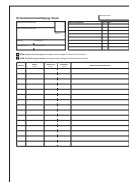
Versichertenbestätigung Schwangerschaft



Versichertenbestätigung Schwangerschaft



Versichertenbestätigung Wochenbett



Versichertenbestätigung Kurse

Gemeinsam in eine starke Zukunft

Nach dem Motto *Gesundheit – von Anfang an* wird Pädia ein verlässlicher und vertrauensvoller Wegbegleiter für Hebamme, Apotheker, Kinderarzt und Familie sein.

Denn: Das breit aufgestellte Portfolio bietet Präparate „von Anfang an“ – von Klein bis Groß.

Für weitere Informationen zu unserem Service und unseren Präparaten besuchen Sie unsere Homepage unter www.paedia.de. Darüber hinaus erreichen Sie uns per **Fax (06252 964-110)**, unter der kostenfreien **Hotline (06252 912-8700)** oder per e-Mail (kontakt@paedia.de).