







Wochenbett

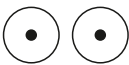
Dokumentation für die Hebamme

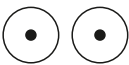
Mutter / Kind

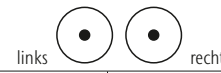


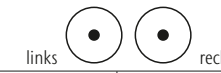
Datum/Uhrzeit	.....20___ /	.....20___ /	.....20___ /
Wochenbetttag			
Mutter	RR	RR	RR
	P <input type="checkbox"/> Temp. °C	P <input type="checkbox"/> Temp. °C	P <input type="checkbox"/> Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig
Auffälligkeiten	links  rechts 	links  rechts 	links  rechts 
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____
Uterus Höhenstand	_____	_____	_____
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionnaht	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	_____	_____
Gewichtskontrolle	_____ g	_____ g	_____ g
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	_____	_____
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	_____ °C	_____ °C
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig
	_____	_____	_____

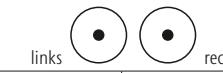
Datum/Uhrzeit	.....20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> _____
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit	.....20___ /	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Geburtsmodus Gravida _____ Para _____ SSW _____
 Spontan Sectio primär sekundär Notsectio
 VE/Forceps Geburtseinleitung Ja nein
Analgiesie SPA PDA ITN Lachgas

Geburtsverletzung

DR _____ ° Scheidenriss Labienriss re/li Episiotomie med. lat median lateral
 Schürfung, wo _____ Naht Ja nein

Mutter / Erstbesuch am: _____ .20____ Entlassung aus der Geburtsklinik am _____ .20____

Allgemeinbefinden der Wöchnerin: Hb-Wert bei Entlassung: _____ g/dl Blutgruppe Mutter _____
 Körperlich AZ normal müde/schlapp
 Ernährung AZ normal vermindert gesteigert Anti D-Prophylaxe
 Psychischer AZ stabil antriebslos depressiv/verstimmt Ja nein
 Rektusdiastase _____

Mutter / Abschlussbesuch am: _____ .20____

Allgemeinbefinden der Wöchnerin: Antikonzeptionsberatung durchgeführt: Ja nein
 Körperlich AZ normal müde/schlapp
 Ernährung AZ normal vermindert gesteigert Abschlussuntersuchung beim Gynäkologe:
 Psychischer AZ stabil antriebslos depressiv/verstimmt
 Abschließende Empfehlung: _____ .20____

Kind U2 durchgeführt am _____ .20____ Gewicht _____ g
 Vitamin-K-Gabe Guthrie-Test abgenommen Mukoviszidose Hüftsonographie
 OAE Rachitis-Prophylaxe Bilirubin Pulsoxymetrie

Auffälligkeiten: _____

Entlassungsgewicht _____ g Entlassung aus der Klinik am _____ .20____

Betreuende Kinderarztpraxis: _____

Termin zur U3 am _____ .20____ Medikamente: _____

Name _____ Geb. Datum _____

Straße _____ Telefon _____

PLZ/Wohnort _____ Privat versichert ja

Krankenkasse _____

Kassen-Nr. _____

VNR. _____ gültig bis _____

Name des Kindes _____

Geburt am _____ .20_____ um _____ Uhr

Gewicht _____ g Länge _____ cm KU _____ cm

Apgar _____ ph _____ Geburtsort: _____

Notizen

Anamnese:

Schwangerschaftsverlauf:

Betreuende gynäkologische Praxis:

Vorangegangene Geburten:

Empfehlung/Medikamente/Auslagen:

Weitere Wochenbettbögen können Sie kostenlos bestellen!

Gesundheit – von Anfang an

Pädia GmbH · Von-Humboldt-Str. 1 · 64646 Heppenheim
Tel. 06252-9128700 · Fax 06252-964114 · paedia.de · kontakt@paedia.de



pädia
www.paedia.de