

Von: _____

Wochenbett- betreuungsbogen



Versicherte:

Name d. Kasse:

geboren am:

Kassen-Nr.:

Versicherten Nr.:

Beruf Mutter:

Partner Name:

Beruf:

Gynäkologe:

Geburtsort:

Stillen:

Kurse:

Pädiater:

Entbindungsart:

Ambulante Entbindung:

Zyklus:

LR:

ET:

Sensibilitätsbehandlung:

Größe:

Gewicht vor SS:

Gewicht bei Geburt:

Pränataldiagnostik:

BG:

Anti D:

Strept. B:

Sonstiges:

Verlauf früherer Schwangerschaften

Jahr/Name	Schwangerschafts- verlauf	Geburtsverlauf	Wochenbett	Besonder- heiten

Erkrankung/Besonderheiten

Blutdruck:

Herz-Kreislauf:

Stoffwechsel:

Skelett:

Psychische Belastungen:

Besondere Belastungen:

Blutgerinnungsstörungen/Thrombosen/Embolien/Varizen:

Allergien:

Abusus:

Operationen/Narkosen:

Regelmäßig einzunehmende Medikamente:

Familienanamnese:

Besonderheiten:

Checkliste: Beratungsthemen im Wochenbett

Kind

Tragehilfen	<input type="checkbox"/>	/	/	Entwicklung/ Wachstumsschübe	<input type="checkbox"/>	/	/
Kleidung/Körperwärme	<input type="checkbox"/>	/	/	Beikosteführung	<input type="checkbox"/>	/	/
Schnuller	<input type="checkbox"/>	/	/	Hausapotheke/ 1. Hilfe	<input type="checkbox"/>	/	/
Maßnahmen bei Blähungen	<input type="checkbox"/>	/	/	Lagerung/Handling	<input type="checkbox"/>	/	/
Unfallsichere Umgebung	<input type="checkbox"/>	/	/	Schlaf/Wachrhythmus	<input type="checkbox"/>	/	/
Wickeln/Baden/ Körperpflege	<input type="checkbox"/>	/	/	Allergieprophylaxe	<input type="checkbox"/>	/	/
Impfungen	<input type="checkbox"/>	/	/	Milchzubereitung	<input type="checkbox"/>	/	/
Karies- prophylaxe	<input type="checkbox"/>	/	/	Flaschensäuberung/ Hygiene	<input type="checkbox"/>	/	/
Prophylaxe SIDS (plötzlicher Kindstod)	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	/	/

Mutter

Anlegetechnik	<input type="checkbox"/>	/	/	Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	/	/
Abpumpen	<input type="checkbox"/>	/	/	Rauchverhalten	<input type="checkbox"/>	/	/
Ernährung	<input type="checkbox"/>	/	/	Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	/	/
Intimhygiene	<input type="checkbox"/>	/	/	Hebammenhilfe	<input type="checkbox"/>	/	/
Narbenpflege	<input type="checkbox"/>	/	/	Verhalten bei Milchstau	<input type="checkbox"/>	/	/
Sexualität/Verhütung	<input type="checkbox"/>	/	/	Thromboseprophylaxe	<input type="checkbox"/>	/	/
Partnerschaft/ Elternschaft	<input type="checkbox"/>	/	/	Gynäkologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	/	/
Abstillen	<input type="checkbox"/>	/	/	Körperliche Veränderungen	<input type="checkbox"/>	/	/
Stillgruppen	<input type="checkbox"/>	/	/	Beckenboden schonendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	/	/
Regelung nicht Erreich- barkeit der Hebamme	<input type="checkbox"/>	/	/	Geschwister/Eifersucht	<input type="checkbox"/>	/	/
Postpartale Blutung	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	/	/
	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	/	/