Briefkopf der Praxis

**FAX**

Bitte zurückfaxen an Praxis:

Fax Nr:

Betrifft:

Patientin – Daten, Adresse

**An die behandelnden Geburtshelfer und/oder das Team der Entbindungsklinik:**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Für unsere eigene Qualitätskontrolle benötigen wir dringend die folgenden Daten. - Wir bitten Sie ganz herzlich, uns dabei zu helfen, indem Sie (betreuende/r Geburtshelfer/in oder Team der Entbindungsklinik) uns diesen Bogen nach der Entbindung unserer gemeinsamen Patientin ausgefüllt zurückfaxen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entbindung/Daten der Mutter:** | | | | **Entbindungsklinik (Stempel):** | | | |
| Datum der Entbindung: | |  | |
| Vollendete SSW: | |  | | **Daten des Neugeborenen:** | | | |
| **Geburtsmodus: (bitte ankreuzen)** | |  | | Mädchen: | Junge: | | |
| Spontangeburt / Vaginale Geburt | |  | | Länge:  cm | Gewicht:  g | | |
| Sectio caesarea | |  | | pH arteriell (Nabelschnurblut): | Apgar 1, 5 und 10 min: | | |
| Vaginal Operativ: | |  | | Verlegung in die Neonatolgie? | | Ja: | Nein: |
| Einleitung der Geburt | |  | | Anzahl Tage in der Neonatologie: | | | |
| Sectio-Indikation: | | | | Indikation für die Verlegung: | | | |
| Kommentare zur Entbindung: | | | | Niedrigster gemessener BZ des Kindes:  mg/dl | | | |
| **Komplikationen peripartal:**  (z.B. Schulterdystokie?) | ja | | nein | i.v. Glukose erforderlich? | | Ja | nein |
| Wenn ja, folgende Komplikationen: | | | | Mutter stillt: | | Ja | nein |
| Schwere Komplikationen bei der Mutter: | | | | Fehlbildungen oder andere Besonderheiten: | | | |

Mit vielem Dank und mit freundlichen Grüßen

Unterschriften