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