

Individuelle Nr.:

Sekt.	Kt.	Heb.	Gebh.	Prax.

 Nr. der Statistik:

--

 Konsultation (statistisch erfasst) bei anderer Hebamme ja nein unbekannt
 Bei Betreuung über Jahreswechsbereits statistisch erfasst bei gleicher Hebamme ja nein

Wohnkanton Mutter:

--

 Geburtskanton Kind:

--

 Datum letzter Kontakt:

--

 Km hin:

--

 (während derselben Schwangerschaft/Geburt)

TEIL A: Bitte immer ausfüllen

Mutter (Bitte immer ausfüllen)

1. Geburtsjahr der Mutter:

--

 (vierstellig)
 2. Nationalität: CH anderes
 Bitte angeben welche:

--

 Code Nationalität
 3. Lebensform: Partnerschaft keine Partnerschaft/alleinerziehend
 4. Ausbildung Mutter: in Ausbildung
 kein Beruf/Anlehre <2 Jahre
 2-4 jährige Ausbildung
 Höhere Fachausbildung
 5. Ausserhäusliche Arbeitstätigkeit vor der Geburt
 ja nein unbekannt
 Wenn ja, bitte folgende Angaben machen:
 Teilzeit Vollzeit
 Zeitpunkt Beendigung der Arbeitstätigkeit bekannt
 SSW Zeitpunkt Beendigung Arbeitstätigkeit unbekannt
 mit ärztlichem Zeugnis
 6. Wiederaufnahme der ausserhäuslichen Arbeitstätigkeit nach der Geburt
 ja nein unbekannt
 Wenn ja, bitte folgende Angaben machen:
 Zeitpunkt Wiederaufnahme bekannt
 Wochen nach der Geburt Wiederaufnahme geplant, Zeitpunkt unbekannt
 7. Geplanter Geburtsort
 zuhause Geburtshaus
 im Spital im Spital mit Beleghebamme
 8. Gravidität I II III IV mehr
 Parität 0 I II III IV mehr
 9. Mehrlingsschwangerschaft / Geburt nein ja

Schwangerschaftskontrollen

16. Anzahl Konsultationen durch Hebamme:

--

 1. Trimester (0-12):

--

 2. Trimester (13-24):

--

 3. Trimester (25-40):

--

 nach Termin:

--

 17. Path. Verlauf SS ja nein
 Bitte Grund angeben:

--

 Code B

--

 Code B
 18. Hospitalisation in SS ja nein
 Bitte Grund angeben:

--

 Code B
 19. Ueberweisung/Verlegung vor Geburtsbeginn bei geplanter HG/ Geburt im GH ja nein
 Bitte Grund angeben:

--

 Code B
 nein ja
 20. CTG durch Hebamme nein ja
 21. **Geburt begonnen/erfolgt durch betreuende Hebamme:**
 ja ganze Geburt betreut nur Geburtsbeginn betreut
 nein weiter zu Frage 22 (ohne postpartum: zu 32)

Geburt

Diesen Bereich bitte NUR ausfüllen, falls die Geburt NICHT vollständig von Ihnen begleitet wurde.
 22. Wo fand die Geburt statt?
 zuhause Geburtshaus im Spital im Spital mit Beleghebamme anderes
 23. Art der Geburt
 spontan instrumental Sectio caesarea Wunschsectio
 24. Geburtsverlauf
 physiologisch pathologisch
 bitte Grund angeben:

--

 Code C

--

 25. Dammbeschädigung
 intakt Episiotomie Riss anderes
 26. Interne/externe Verlegung der Mutter ja nein
Kind
 27. Geburtsdatum:

dd.	mm.	yyyy
-----	-----	------

 28. Geburtsgewicht:

--

 g Geburtsgewicht Zwilling B

--

 29. Gestationsalter:

--

 SSW /Tage
 30. Pathologie pp. ja nein
 Bitte Grund angeben:

--

 Code E

--

 31. Verlegung Kind auf Neonatologie ja nein

Geburtsvorbereitung

10. Geburtsvorbereitungskurs bei Hebamme besucht
 ja nein unbekannt

Komplementärmedizinische Methoden

11. Angewandte komplementärmedizinische Methoden:

--

 Code A

--

 Code A

--

 Code A

--

 Code A

--

 Code A

--

 Code A

Prävention (während SS, Geburt und Wochenbett)

12. Beratung bei verschiedenen Problemen (Mehrfachnennungen möglich)
 Tabakkonsum Ernährung
 Alkohol vorzeitige Wehen
 Medikamente Thromboseprophylaxe
 Depression pp. Vorbereitung Damm
 Gewalt Sexualität / Verhütung
 soziale Situation anderes:
 Beratungsgespräch Geburt

--

 13. Überweisung an Fachperson durch Hebamme (Mehrfachnennungen möglich)
 Gynäkologie / Geburtshilfe Psychiatrie / Psychologie
 Ernährungsberatung Sozialberatung
 Ultraschall anderes
 Padiater

14. Abort

Abort bis 24. SSW Betreuung ausschliesslich durch Hebamme

15. Pränatale Kontrollen und / oder CTG durchgeführt:

ja nein
 weiter zu Frage 16
 weiter zu Frage 21

32. Postpartale Konsultationen durchgeführt:

ja nein
 weiter zu Frage 33
 keine weiteren Fragen

Postpartum

33. Art der Betreuung
 Wochenbett nach ambulanter Spitalgeburt Entlassung aus dem Spital bis zum 4. Tag pp. anderes
 Wochenbett nach Haus- oder Geburtshausgeburt Entlassung aus dem Spital nach dem 4. Tag pp.
 34. Anzahl der Nächte im Geburtshaus

--

 Mutter

--

 Vater
 35. Zeitpunkt und Anzahl der Kontrollen im Wochenbett
 2 - 24 Std.

--

 (Anzahl) Zweitbesuch

--

 (Anzahl)
 24 - 96 Std.

--

 (Anzahl)
 5. - 10. Tag

--

 (Anzahl)
 Pathologie Mutter ja nein Grund:

--

 Code D

--

 Code D
 Pathologie Kind ja nein Grund:

--

 Code E

--

 Code E
 Stillberatung ja nein Grund:

--

 Code G

--

 Code G
 Psychoz. Indikation ja nein Grund:

--

 Code F
 36. Ärztlich verordnete Kontrollen nach dem 10. Tag pp

--

 (Anzahl)
 Pathologie Mutter ja nein Grund:

--

 Code D
 Pathologie Kind ja nein Grund:

--

 Code E
 Stillberatung ja nein Grund:

--

 Code G
 Psychosoz. Indikation ja nein Grund:

--

 Code F
 37. Stillberatung nach dem 10. Tag (bitte immer Grund angeben)
 (Anzahl)

--

 Grund:

--

 Code G

--

 Code G
 38. Wochenbettgymnastik / Beckenbodentraining ja
 39. Hospitalisation postpartal Mutter Grund:

--

 Code D
 Kind Grund:

--

 Code E
 40. Abschlusskontrolle 6 Wochen pp. ja

TEIL B: Bitte diesen Teil nur ausfüllen, wenn Sie den Geburtsbeginn oder die ganze Geburt begleitet haben

Geburtsbeginn begleitet durch Hebamme

B 1. Ort Beginn der Begleitung durch die Hebamme

- zuhause Geburtshaus anderes
 im Spital im Spital mit Beleghebamme

B 2. Ständige Präsenz Hebamme:

ab Datum: Zeit:
 bis Datum: Zeit:

B 3. HT-Kontrolle: Dopplon
 CTG

B 4. Blasensprung vorzeitiger Blasensprung
 rechtzeitig spontaner Blasensprung
 künstlicher Blasensprung

B 5. Zeitpunkt Blasensprung
 Datum: Zeit:
 Zeitpunkt nicht bekannt

B 6. Fruchtwasser: klar grün
 anderes unbekannt

B 7. Regelmässige Wehen ab:
 Datum: Zeit:

B 8. Zweite Hebamme zugezogen
 nein ja

B 9. Ständige Präsenz 2. Hebamme:
 ab Datum: Zeit:
 bis Datum: Zeit:

B 10. Arzt/Ärztin zugezogen (vor Geburt)
 nein ja

B 11. Weitere Betreuung und Verlegung während der Geburt

- Geburt von Ihnen selbst weiterbetreut
 weiter zu Frage B15
 Verlegung während der Geburt ins Spital
 weiter zu Frage B12
 Keine Verlegung, aber Uebergabe der Betreuung an das Spitalpersonal
 zurück zum Teil A, Frage 22

Verlegung während der Geburt (<2 Std.pp.)

B 12. Verlegung während der Geburt wegen :
 (mehrere Antworten möglich)

Bitte Grund angeben: Code C
 Code C
 Code C

anderes, bitte angeben

B 13. Dringlichkeit

- lebensbedrohend nicht lebensbedrohend

B 14. Durchführung der Geburt nach Verlegung ins Spital

- durch einweisende Hebamme (mind. bis AP)
 weiter zu Frage B 15
 durch Spitalpersonal
 zurück zum Teil A, Frage 22

Geburtsverlauf bei Hebammengeburt

B15. Wo fand die Geburt statt? Bitte angeben

- zuhause Geburtshaus anderes
 im Spital im Spital mit Beleghebamme

B16. Vater anwesend bei der Geburt nein ja

B17. Geburtsdauer
 Dauer Eröffnungsphase (1cm -10 cm)
 Dauer Austreibungsphase (10 cm - Geb.)
 Dauer Nachgeburtphase

B18. Gebärtstellung: Code I

B19. Aufenthalt im Wasser im Verlauf der Geburt nein ja

B20. Geburt im Wasser nein ja

B21. Geburtsverlauf physiologisch
 pathologisch Bitte Grund angeben: Code C Code C

B22. Ärztliche Intervention während des Geburtsverlaufs
 nein ja Bitte Grund angeben: Code J

B23. Plazenta vollständig nein ja

B24. Morpholog. Abweichung nein ja

B25. Plazentarperiode passiv aktiv

B26. Geburtsverletzung nein ja

Wenn ja, bitte angeben: I II III IV
 Labienverletzung Klitorisriss
 Vaginalriss Zervixriss
 Episiotomie

B27. Naht nein ja Wenn ja, bitte angeben durch wen: Hebamme Arzt beide

B28. Verlegung der Mutter nach Geburt (>2 Stunden pp)
 nein ja Bitte Grund angeben: Code C

Kind

B29. Geburtsdatum Zeit:

B30. Geburtsgewicht g

B31. Gestationsalter Wochen/Tage

B32. Grösse cm Kopfumfang cm

B33. Lage bei Geburt Code H

B34. Apgar 1 Min 5 Min 10 Min

B35. Pathologie pp. nein ja Bitte Grund angeben: Code E
 Code E

B36. Ärztl. Intervention beim Kind:
 nein ja

B37. Kontrollbesuch beim Pädiater innerhalb 48 Std. nein ja

B38. Reanimation durch Hebamme:
 nein ja Wenn ja, bitte angeben wie: O2 mit oder ohne Ventilation
 anderes

B39. Absaugen durch Hebamme:
 nein ja

B40. Verlegung Kind auf Neonatologie
 nein ja Bitte Grund angeben: Code E

B41. Erstes Anlegen an die Brust:
 innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt
 später
 nie/abgestillt