

Vertretungsbogen

Liebe Familie, bitte füllen Sie nach Möglichkeit schon die grau hinterlegten Felder auf der 1ten Seite aus.
Vielen Dank!

Anamnesebogen ET: _____

Name: _____ Geb: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Kassennummer: _____ Vers.Nr. _____

Mündlicher Behandlungsvertrag/Datenschutz _____ (Unterschrift)

maternale Erkrankungen:

BG Mutter:

Allergien:

Anti D:

Geburtsverlauf:

Geburdatum/Zeit:

Einleitung:

vorz. BS:

grünes FW:

β-Streptos:

Medikation:

Verletzung:

HB-Wert:

Entlassungsdatum:

O 1ter Besuch

Name Kind:

Gebgewicht:

Ernährung:

E.Gewicht:

Bili:

Apgar:

NspH:

U2:

Screening

Kinderarzt:

Hörtest:

Sättigung:

Datum:

Notiz:

Mutter:

Kind:

Datum				Datum			
Tag p.p.				Tag p.p.			
Mammae li. Mamille	O	O	O	Stillen			
Mammae re. Mamille	O	O	O	Prä Menge Rhythm.			
Notiz							
RR				Gew.			
Befinden: Psyche				Nabel			
				Stuhl/ Urin/ Erbreche n			
Uterus				Bili			
Lochien							
Naht Damm				Verhalten			
Naht Sectio				Aktivität Wachpha sen			
Stuhl o Urin x				Haut/Po Pflege			
Thema Heute							
Medis							