

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Personenbezogene Angaben

Mutter

Name _____

Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ _____

Wohnort _____

Geb. Datum _____

Krankenkasse _____

IK Nr. _____

Krankenkassenversicherungsnummer _____

Vers. Status _____

Straße Hausnummer(KK) _____

PLZ _____

Ort _____

Vater / Partner

Name _____

Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ _____

Wohnort _____

Geb. Datum _____

Krankenkasse _____

IK Nr. _____

Krankenkassenversicherungsnummer _____

Vers. Status _____

Straße Hausnummer(KK) _____

PLZ _____

Ort _____

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Anamnese & Befund

Erstkontakt

1. Erstkontakt kam zustande durch

- Schwangere / Mutter selbst
- Familie
- Nachbarschaft / Umfeld / Freunde
- Hebamme selbst
- Hebammenzentralen oder -portale (Hotline, etc.)
- Frauenklinik / Kinderklinik
- Niedergelassenen Frauenarzt / Kinderarzt
- Krankenkasse
- Jugendamt
- Sozialamt

- Gesundheitsamt
- Beratungsstelle und freie Verbände
- Info Broschüre & Flyer

2. Erstkontakt fand statt

- im ersten Schwangerschaftsdrittel
- im zweiten Schwangerschaftsdrittel
- im dritten Schwangerschaftsdrittel
- unmittelbar nach der Geburt
- Sonstiger Zeitpunkt _____

Schwangere / Mutter - Soziales

1. Geburtsjahr _____

2. Herkunftsland

- Deutschland Mittelmeerländer
- Mittel- Nordeuropa Osteuropa
- Mittl. Osten Afrika
- Sonstige Staaten _____

3. Familienstand

- ledig verheiratet
- getrennt lebend geschieden
- eheähnliche Gemeinschaft
- verwitwet Sonstiges _____

4. Schulbildung

- Kein Abschluss Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss Realschulabschluss
- Fachhochschulreife Hochschulreife
- Abgeschlossenes Studium (Fachhochschule)
- Abgeschlossenes Studium (Hochschule)
- Sonstiges _____

5. abgeschlossene Berufsausbildung

- ja nein

Wenn ja, welche: _____

6. ausgeübte Tätigkeit

- Hausfrau Arbeiterin
- Angestellte/ Beamtin Selbstständige
- Vollzeitarbeit Teilzeitarbeit
- Aushilftätigkeit in Ausbildung
- Keine Tätigkeit Arbeitslos

7. Einkommen

- Lohn-Gehalt Arbeitslosengeld
- Hartz 4 (Arbeitslosenhilfe & Sozialhilfe)
- Unterhalt Rente
- Ohne Einkommen verschuldet

8. Wohnverhältnisse

- Eigentum
- Mietwohnung
 - selbst zahlend wird übernommen
- Obdachlosenheim Asylantenwohnheim
- Sonstige städt. Unterkünfte (Kinderheim, etc.)
- Sonstiges _____

Anz. der im Haushalt lebenden Pers. _____

Anz. der im Haushalt lebenden Kinder < 18 J. _____

9. Soziale Situation

Unterstützung durch	ja	nein
Partner (bzw. Vater des Kindes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Besondere Lebensumstände

- Suchtproblematik
 - Drogenkonsum
 - Alkoholkonsum
 - Zigarettenkonsum
- Prostitution Kriminalität
- Analphabetismus Keine dt. Sprachkennt.
- Sexueller Missbrauch körperl. Misshandlung
- traumatische Lebenserfahrungen _____
- _____
- _____
- Sonstiges _____
- _____
- _____

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Vater / Partner - Soziales

1. Ist der Vater = Partner?

- Ja Nein

Wenn ja, weiter mit Frage 4

2. Besteht noch Kontakt zum Vater?

- Ja Nein

Wenn ja, wie häufig:

- Täglich wöchentlich monatlich

3. Hat der Vater ein Sorge oder Besuchsrecht?

- Sorge Besuchs Keins von Beiden

4. Vater=Partner: Geburtsjahr _____

5. Vater=Partner: Herkunftsland

- Deutschland Mittelmeerländer
 Mittel- Nordeuropa Osteuropa
 Mittl. Osten Afrika
 Sonstige Staaten _____

6. Vater=Partner: Familienstand

- ledig verheiratet mit Mutter
 verheiratet mit andere Frau
 getrennt lebend geschieden
 eheähnliche Gemeinschaft
 verwitwet Sonstiges _____

7. Vater=Partner: Schulbildung

- Kein Abschluss Sonderschulabschluss
Hauptschulabschluss Realschulabschluss
Fachhochschulreife Hochschulreife
Abgeschlossenes Studium (Fachhochschule)
Abgeschlossenes Studium (Hochschule)
Sonstiges _____

8. Vater=Partner: abgeschlossene Berufsausbildung

- ja nein

Wenn ja, welche: _____

9. Vater=Partner: ausgeübte Tätigkeit

- Hausmann Arbeiter
 Angestellter/ Beamte Selbstständiger
 Vollzeitarbeit Teilzeitarbeit
 Aushilfstätigkeit in Ausbildung
 Keine Tätigkeit Arbeitslos

10. Vater=Partner: Einkommen

- Lohn-Gehalt Arbeitslosengeld
 Hartz 4 (Arbeitslosenhilfe & Sozialhilfe)
 Unterhalt Rente
 Ohne Einkommen verschuldet

11. Vater=Partner: Wohnverhältnisse

- Mit Mutter zusammenlebend
 Eigentum
 Mietwohnung
 selbst zahlend wird übernommen
 Obdachlosenheim Asylantenwohnheim
 Sonstige städt. Unterkünfte (Kinderheim, etc.)
 Sonstiges _____

Anz. der im Haushalt lebenden Pers. _____

Anz. der im Haushalt lebenden Kinder < 18 J. _____

12. Vater=Partner: Soziale Situation

Unterstützung durch	ja	nein
Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Vater=Partner: Besondere Lebensumstände

- Suchtproblematik
 Drogenkonsum
 Alkoholkonsum
 Zigarettkonsum
 Prostitution Kriminalität
 Analphabetismus Keine dt. Sprachkennt.
 Sexueller Missbrauch körperl. Misshandlung
 traumatische Lebenserfahrungen _____

Sonstiges _____

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Schwangere / Mutter - Medizinisches

Vorherige Schwangerschaften

- 1. Vorausgegangene Schwangerschaft(en)**
 ja nein
wenn ja weiter mit Frage 2
wenn nein weiter mit „Jetzige Schwangerschaft“

- 2. Anzahl der Schwangerschaften** _____
- davon Risikoschwangerschaften _____
- davon Risikogeburten _____
- davon abgebrochen _____

- 3. Mutterpass vorhanden**
 ja nein

- 4. Inanspruchnahme von Schwangeren-
vorsorgeuntersuchungen**
 regelmäßig unregelmäßig keine

- 5. Mortalität von Säuglingen**
 nein ja
Wenn ja, wie viel Säuglinge _____
Wenn ja, SIDS ja nein

- 6. Mütterliche Komplikation(en)**
 ja nein
wenn ja
 in Schwangerschaft unter der Geburt
 im Wochenbett Sonstiges

- 7. Die letzte Schwangerschaft war**
 im letzten Jahres vor einem Jahr
 vor zwei Jahren vor längere Zeit

- 8. Betreuung während der Schwangerschaft
durch**
 freiberufl. Hebamme Arzt
 Familienhebamme

- 9. Inanspruchnahme von Kinder -
Vorsorgeuntersuchungen**
 regelmäßig unregelmäßig keine

- 10. Anzahl der lebenden Kinder** _____

- 11. Anzahl der angenommenen Kinder**
 keine
 Adoptivkinder: _____
 Pflegekinder: _____

Jetzige Schwangerschaft

- 1. Mutterpass vorhanden**
 ja nein

- 2. Errechneter Geburtstermin** _____

- 3. Erstuntersuchung in der _____ Schwanger-
schaftswoche**

- 4. Anzahl Klinikaufenthalte in der
Schwangerschaft:** _____

- 5. Anamnese und allg. Befunde**
 Familiäre Belastung (z.B. Diabetes)
 Frühere schwere Erkrankungen der Klientin
 Besondere psych. Belastungen / Erkrankungen
 Besondere soziale Belastungen
 HIV positiv
 Rhesus Inkompatibilität
 Zustand nach Früh – Mangelgeburten
 Zustand nach 2 oder Mehraborten
 Abusus (Drogen, Alkohol)
 Gewalterfahrung
 Sonstiges

Geburtsverlauf / Wochenbett

- 1. Geburtsdatum** _____ (in ____ SS-woche)
 Frühgeburt Mangelgeburt
 Klinikgeburt Ambulante Geburt
 Hausgeburt

- 2. Entbindungsmodus**
 spontan Sectio Vaginale Operation

- 3. Geburtsgewicht:** _____ gr.

- 4. APGAR nach 5 Min** _____

- 5. Geschlecht**
 m w

- 6. Kind**
 entlassen verlegt verstorben

- 7. Ärztliche Untersuchung nach der Entbindung
(in der 6-8 Woche) in Anspruch genommen**
 ja nein

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr

1. Allgemeiner kindlicher Zustand (medizinisch & motorisch)

auffällig unauffällig

wenn auffällig:

- Chronische Krankheitssymptome (z.B. RDS)
- Infektanfälligkeit Fehlbildung, Behinderung
- Entwicklungsstörung Seelischer Zustand
- Ernährungszustand
 - Schlechtes Gedeihen
 - Deutliches Untergewicht
 - Deutliches Übergewicht

Sonstiges _____

2. Allgemeiner kindlicher Zustand (hygienisch & versorgungstechnisch)

auffällig unauffällig

wenn auffällig:

- Ernährungszustand Kindesmisshandlung
- Vernachlässigung
 - Unangemessene Bekleidung
 - Mangelnde Körperpflege
 - Mangelnde körperliche Zuwendung

Sonstiges _____

3. Mortalität des Kindes

Datum _____

Todesursache _____

4. Gelbes Untersuchungsheft vorhanden

ja nein

5. Inanspruchnahme folgender Früherkennungsuntersuchungen

U1 U2 U3 U4 U5 U6

6. Prophylaxe

Fluoridprophylaxe Rachitisprophylaxe

7. Impfung

ja nein abgebrochen

8. Kind gestillt

ja nein

wenn ja

- bis 6 Wochen
- bis 3 Monat
- länger

9. Kind wird hauptsächlich versorgt von

- Mutter Vater
- Großeltern Tagesmutter
- Pflege oder Adoptiveltern
- Anderen: _____

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Betreuungsnummer _____ Träger _____ Datum _____

Abschluss der Betreuung

Geleistete Hilfe der Hebammen

1. Medizinisch

Schwangerschaft

- Feststellung der Schwangerschaft
- Beratung in der Schwangerschaft
- Durchführung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen
- Begleitung zu Schwangerenvorsorgeuntersuchungen
- Vermittlung und Durchführung von geburtsvorbereitenden Kursen (Gruppe)
- Vermittlung und Durchführung von geburtsvorbereitenden Kursen (Einzel)
- Begleitung in die Frauenarzt und Frauenklinik

Geburt

- Geburtshilfe
- Begleitung unter der Geburt

Betreuung bis zum ersten Lebensjahr

- Wochenbettbetreuung
- Stillberatung
- Ernährungsberatung
- Beratung und Hilfe bei der Säuglingspflege
- Motivierung zu regelmäßiger Inanspruchnahme von Kindervorsorgeuntersuchungen
- mütterliche Nachsorgeuntersuchungen

2. Soziales

Inanspruchnahme der folgenden Kooperationspartner

Städtische Dienste:

- Jugendamt
- Sozialamt
- Ausländer Amt
- Wohnungsamt
- AIDS Hilfe
- Drogenberatungsstelle
- Pflegedienststelle
- Adoptionsstelle
- Kinderheime
- Sonstiges _____
- Sozialpädagogische Familien-Helferinnen

Dienste des Gesundheitsamtes

- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Frühförderung (Kinder & Jugend Gesundheitsdienst)
- Krankengymnastik & Motopädie
- Mütterberatungsstelle

Karitative und Soziale Einrichtungen

- AWO
- Pro Familia
- Donum Vitae
- Sozial. kath. Frauen
- Kinderschutzbund
- Frauenhäuser
- Beratungsstellen für Migrantinnen
- Internationale Bildungs- und Beratungszentrum für Frauen und Mädchen
- Einrichtungen zur Betreuung sexuell missbrauchter Frauen und Mädchen
- Kirchliche & Soziale Einrichtungen (lokale Mutter-Kindangebote)

3. Beendigung / Abbruch der Betreuung wegen

- Betreuungszeitraum (Ende des ersten Lebensjahr) abgelaufen
- Betreuung nicht weiter notwendig
- Betreuung nicht weiter erwünscht
- Wegzug aus dem Bezirk der Hebamme
- Unerreichbarkeit der Klientin
- Totgeburt
- Abort
- Kind gestorben
- Klientin verstorben
- In Obhutnahme des Kindes (Jugendamt)
- Kind zur Adoption freigegeben