

Naam kind:	Geboortedatum:	Tijdstip:
BSN kind:	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Jongen <input type="checkbox"/> Meisje <input type="checkbox"/> Onbekend

GEGEVENS GEZIN		
Geboortenaam moeder:	Voorletters:	Geboortedatum moeder:
Geboortenaam partner:	Voorletters:	Burgerlijke staat: gehuwd/samenwonend/alleen/apart wonend ¹
Straat:		Samengesteld gezin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Postcode:	Woonplaats:	Aantal kinderen:
☎ :	@ :	Spreektaal moeder: partner:
Tijdelijke verblijfplaats:		Taalbarrière moeder/partner/beiden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
		Naam huisarts: ☎ :

ZWANGERSCHAP	
Prenatale zorg door: verloskundige/gynaecoloog/onbekend	Bijzonderheden zwangerschap:
Inzet JGZ tijdens zwangerschap: <input type="checkbox"/> Prezorg/Voorzorg/Prenataal huisbezoek <input type="checkbox"/> nee	

BEVALLING	KIND
Plaats bevalling: thuis/poliklinisch/geboortecentrum/ziekenhuis	Prematuur/dysmatuur/macrosoom (afwijkend geboortegewicht): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Reden: wens cliënt/sociale indicatie/medisch/onvoorzien	Meerling: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Naam ziekenhuis/geboortecentrum:	Geboortegewicht: gram
Onder leiding van: verloskundige/huisarts/gynaecoloog	Stuitligging >34 weken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Wijze geboorte: spontaan/vacuüm/forceps/sectio	Aangeboren afwijkingen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ? Welke:
Anti D gegeven: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	Problemen 1 ^e 24 uur:
Bijzonderheden partus:	Controle kinderarts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ? Datum:
	Naam ziekenhuis:
Beleving van de moeder:	Bijzonderheden kind:
Huid-op-huid contact: <input type="checkbox"/> ja, direct na bevalling/tijdens kraamtijd <input type="checkbox"/> nee, reden:	

ZIEKENHUISOPNAME POSTPARTUM KIND	ZIEKENHUISOPNAME POSTPARTUM MOEDER
Opnamedatum en tijd: om uur	Opnamedatum en tijd: om uur
Reden opname: couveuse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Reden opname:
Ontslagdatum en tijd: om uur	Ontslagdatum en tijd: om uur

¹ Doorhalen wat niet van toepassing is

KRAAMTIJD					
Duur kraamzorg:	uur, verdeeld over	dagen	Navelstomp eraf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Bijz.:
Herindicatie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		Icterus (zie babyzietgeel.nl):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Reden:			Verloskundige ingeschakeld i.v.m. geelzien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Gehoorscreening:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	datum:	Huilgedrag:		
Hielprik:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	datum:	Slaapgedrag/-houding:		
Nummer:					
Laagste gewicht:	gram	datum:	Bijzonderheden moeder/kind einde kraamtijd:		
Gewicht afsluiting kraamzorg:	gram	datum:			

VOEDING	BORSTVOEDING		
Voeding 1 ^e dag:	<input type="checkbox"/> borstvoeding <input type="checkbox"/> kunstvoeding	Baby gaat zonder moeite aan de borst:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Voeding laatste dag:	<input type="checkbox"/> borstvoeding <input type="checkbox"/> kunstvoeding	Baby krijgt afgekolfde moedermelk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hoeveelheid per 24 uur:		Moeder heeft pijnklachten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Aantal voedingen:		Bijzonderheden:	

VOORLICHTING			
Veilig slapen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	JGZ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Voorkeurshouding:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Borst- en kunstvoeding:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Shaken Baby Syndroom:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Roken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Huilen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Leefstijl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

BETROKKEN HULPVERLENERS IN HET GEZIN		
Betrokkenheid huisarts/lactatiekundige/kinderarts/wijkteam/overige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Bijzonderheden:
Naam/functie:	☎ :	
Reden:		

OVERDRACHT JEUGDGEZONDHEIDSZORG			
Overdracht met gezin besproken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Toestemming moeder:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Overdracht JGZ:	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> formulier <input type="checkbox"/> warme overdracht <input type="checkbox"/> bij de cliënt thuis <input type="checkbox"/> geen overdracht/geen toestemming	Toestemming partner:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Reden geen toestemming/bijzonderheden:		Datum overdracht/contact met JGZ:	
		JGZ-locatie/contactpersoon:	☎ : @ :

Gezien/akkoord door verloskundige	Ingevuld door kraamverzorgende	Toestemming door cliënt
Naam:	Naam:	Moeder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Naam praktijk:	Naam organisatie:	Partner: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
☎ praktijk:	☎ Organisatie:	Naam:
Datum:	Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening:	Handtekening: