

# OVERDRACHT GEBOORTEZORG NAAR JEUGDGEZONDHEIDSZORG

**Naam kind:** \_\_\_\_\_  
**BSN kind:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_ **Tijdstip:** \_\_\_\_\_  
**Geslacht:**  Jongen  Meisje  Onbekend

## GEGEVENS GEZIN

Geboortenaam \_\_\_\_\_  
Moeder: \_\_\_\_\_ voorletters: \_\_\_\_\_  
Partner: \_\_\_\_\_ voorletters: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
☎: \_\_\_\_\_  
@: \_\_\_\_\_  
Tijdelijke verblijfplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum moeder: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum partner: \_\_\_\_\_  
Burgerlijke staat: gehuwd/samenwonend/alleen/apart wonend<sup>1</sup>  
Spreektaal moeder: \_\_\_\_\_ partner: \_\_\_\_\_  
Moeder besneden:  ja  nee  
Aantal kinderen: \_\_\_\_\_  
Naam huisarts: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

## OBSTETRISCHE ANAMNESE & ZWANGERSCHAP

Prenatale zorg door: verloskundige/gynaecoloog/JGZ \_\_\_\_\_  
Aantal zwangerschappen: \_\_\_\_\_  
Aantal bevallingen: \_\_\_\_\_ Aantal levend geboren: \_\_\_\_\_  
Verloop/bijzonderheden zwangerschap: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kraamzorg: \_\_\_\_\_  ja  nee  
Intake kraamzorg:  huisbezoek  telefonische  geen intake  
Datum: \_\_\_\_\_  
Prenataal huisbezoek JGZ:  ja  nee Datum: \_\_\_\_\_  
Reden: \_\_\_\_\_

## BEVALLING

Plaats bevalling: thuis/poliklinisch/geboortecentrum/ziekenhuis  
Reden: wens cliënt/sociale indicatie/medisch/onvoorzien  
Naam ziekenhuis/geboortecentrum: \_\_\_\_\_  
Onder leiding van: verloskundige/huisarts/gynaecoloog  
Wijze geboorte: spontaan/vacuüm/forceps/sectio  
Anti D gegeven:  ja  nee  n.v.t.  
Bijzonderheden partus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## KIND

Prematuur/ dysmatuur (abnormaal geboortegewicht):  
Meerling: \_\_\_\_\_  ja  nee  
Geboortegewicht: \_\_\_\_\_ gram  
Apgar-score: \_\_\_\_\_ na 1 min. \_\_\_\_\_ na 5 min. \_\_\_\_\_ na 10 min.  
Stuitligging >34 weken:  ja  nee  
Problemen 1<sup>e</sup> 24 uur: \_\_\_\_\_  
Gamma Globuline (hep. B):  ja  nee  ? Datum: \_\_\_\_\_  
Eerste vaccinatie (hep. B):  ja  nee  ? Datum: \_\_\_\_\_  
Aangeboren afwijkingen:  ja  nee  ? Welke: \_\_\_\_\_  
Controle kinderarts:  ja  nee  ? Datum: \_\_\_\_\_  
Naam ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Reden: \_\_\_\_\_

## ZIEKENHUISOPNAME POSTPARTUM KIND

Opnamedatum en tijd: \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur  
Reden opname: \_\_\_\_\_  
Ontslagdatum en tijd: \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur

## ZIEKENHUISOPNAME POSTPARTUM MOEDER

Opnamedatum en tijd: \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur  
Reden opname: \_\_\_\_\_  
Ontslagdatum en tijd: \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur

## KRAAMZORG

Duur kraamzorg: \_\_\_\_\_ uur, verdeeld over \_\_\_\_\_ dagen  
Herindicatie:  ja  nee  
Reden: \_\_\_\_\_  
Gehoorscreening:  ja  nee Datum: \_\_\_\_\_  
Hielprik:  ja  nee Datum: \_\_\_\_\_  
Vitamine K:  ja  nee Datum: \_\_\_\_\_  
Vitamine D:  ja  nee Datum: \_\_\_\_\_

Navelstomp eraf: \_\_\_\_\_  ja  nee Bijz.: \_\_\_\_\_  
Icterus (zie babyzietgeel.nl):  ja  nee Oorzaak geel zien:  
 fysiologisch  bloedgr antagonisme  infectie  leveraandoening  anders  ?  
Huilgedrag: \_\_\_\_\_  
Slaapgedrag/-houding: \_\_\_\_\_  
Bijzonderheden: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is.