

Indicatieformulier kraamzorg

Op basis van het Landelijke Indicatie Protocol (LIP)

Naam kraamvrouw: _____

Naam kraamverzorgende: _____

Omgevingsfactoren		1° indicatie intake	1° herindicatie start zorg	2° herindicatie kraamtijd	Toelichting
Basiszorg/minimum zorg	Totaal 49/24 uur				
Aftrek ivm ziekenhuisopname moeder en kind (ontslagdag niet meetellen)	- 6 uur (5,5 bij kunstvoeding)		Aantal dagen ziekenhuis <input type="checkbox"/>	Aantal dagen ziekenhuis <input type="checkbox"/>	
Onderdeel uitmakend van ander huishouden/inwonend	- Hygiëne: - ½ uur p/d (max. - 4u) - Huishouden: - 1 uur p/d (max. - 8u) - Totaal: - 1 ½ uur p/d (max. - 12u)				
Instabiele gezinssituatie	+ 1¼ uur p/d (max. + 10u)				
Zorgelijke gezinssituatie	+ 2 uur p/d (max. + 16u)				
Aanwezigheid andere kinderen: 2 onder de 4 jr. of 3 onder de 6 jr.	+ ½ uur p/d (max. + 4u)				
Communicatiebarrière	+ ¼ uur p/d (max. + 2u)				
Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig					
Eerste kind	+ ½ uur p/d (max. + 4u)				
Aantal kinderen aanwezig < 4 jaar	+ 2 uur p/d (max. + 10u)				
Gezinslid (kind) met een relevante handicap of ziekte	+ ½ uur p/d (max. + 4u)				
Moederfactoren					
Kunstvoeding geven	- ½ uur p/d (max. - 4u)				
Niet fysiek zelfredzaam	+ 2 uur p/d (max. + 10u)				
Geestelijk onwelbevinden					
Meer dan gewone onzekerheid/onevenwichtigheid	+ 2 uur p/d (max. + 6u)				
Postnatale depressie na (eerdere) zwangerschap	+ 2 uur p/d (max. + 16u)				
Psychiatrische aandoening	+ 2 uur p/d (max. + 16u)				
(Dreigende) infectie	+ 1½ uur p/d (max. + 4u)				
Ziekenhuisopname moeder tijdens de kraamzorg	In overleg met de verloskundige				
Kindfactoren					
Meerling	+ 2 uur p/d (max. + 16u)				
Aangeboren afwijking	+ ¾ uur p/d (max. + 6u)				
Verminderde conditie van het kind	+ ½ uur p/d (max. + 4u)				
Dodgeboren of overleden kind	- Verzorging en controle: -¾ uur p/d (max. - 6u) - Voorlichting en instructie: -¾ uur p/d (max. - 6u) -Totaal: - 1 ½ uur p/d (max. - 12 uur)				
Ziekenhuisopname kind tijdens de kraamzorg	In overleg met de verloskundige				
Moeder-of kindfactor					
Problemen met voeden bij moeder of kind	+ 1 uur (max. + 8u)				
Gerelateerd aan kraamzorgsituatie					
Wijziging aantal dagen zorg	<input type="checkbox"/> 9e <input type="checkbox"/> 10e dag				
Protocol LIP voorziet niet	In overleg met de verloskundige				
Totaal meer-minder uren					
Reden wijziging geïndiceerde uren	<input type="checkbox"/> Op wens client <input type="checkbox"/> Anders nl:	Toelichting			

Naam Verloskundige/huisarts: _____

Handtekening cliënt: _____

Handtekening Verloskundige/huisarts: _____

AGB-code verloskundige: _____

Handtekening kraamverzorgende: _____

Datum: _____

Z.O.Z.



Temperatuurlijst moeder

Naam kraamvrouw:		Naam arts/verloskundige bevalling:									
Geboortedatum kraamvrouw:		Datum bevalling:									
Naam kraamverzorgende:		Tijdstip:									
Naam arts/verloskundige kraambebed:		Assistentie bij de bevalling:									
Verblijf ziekenhuis aantal dagen:		0 kraamverzorgende									
Naam ziekenhuis:		0 verpleegkundige									
Verzorging thuis aantal dagen:		0 ondesk. of geen hulp									
Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dag	mo	mi	mi	mi	mi	mi	mo	mi	mi	mi	mi
Rectaal/Axillair											
Temp. in cijfers											
Pols in cijfers											
Temp. in rood											
Temp. in blauw											
140											
120											
100											
80											
60											
40											
Ontlasting:											
Urine:											
Perineum:											
Vloeien:											
Uterus-stand:											

Verloop bevalling	
Kraamverzorgende geroepen om:	Aangekomen om:
Persweeën begonnen om:	Baby geboren om:
Vloeiing na partus:	ja/nee
Episiotomie gedaan:	ja/nee
Episiotomie totaal:	Ruptuur/totaal:
ja/nee	ja/nee
Zo ja, hoeveel hechtingen:	
Vertrek kraamverzorgende na bevalling om:	
Secundaire ziekenhuisopname:	ja/nee
Reden opname:	
Verloop kraambebed	
Buikklachten:	Beenklachten:
Borstklachten:	
Hechtingen verwijderd:	ja/nee
Andere klachten:	
Secundaire ziekenhuisopname:	ja/nee
Reden:	
Zo ja, datum:	
Medicijnen:	Datum overdracht aan wijkverpleegkundige:
Handtekening kraamverzorgende:	Handtekening cliënt:



Temperatuurlijst moeder

Naam kraamvrouw: Geboortedatum kraamvrouw: Naam kraamverzorgende: Naam arts/verloskundige kraambed: Verblijf ziekenhuis aantal dagen: Naam ziekenhuis: Verzorging thuis aantal dagen: Uren:		Naam arts/verloskundige bevalling: Datum bevalling: Tijdstip: Assistentie bij de bevalling: 0 kraamverzorgende 0 verpleegkundige 0 ondesk. of geen hulp									
Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dag	mo	mi	mi	mi	mi	mi	mo	mi	mi	mi	mi
Rectaal/Axillair											
Temp. in cijfers											
Pols in cijfers											
Temp. in rood											
140											
120											
100											
80											
60											
40											
Ontlasting:											
Urine:											
Perineum:											
Vloaien:											
Uterus-stand:											

Verloop bevalling	
Kraamverzorgende geroepen om:	Aangekomen om:
Persweeën begonnen om:	Baby geboren om:
Vloeiing na partus:	ja/nee
Episiotomie gedaan:	ja/nee
zo ja, hoeveel hechtingen:	Ruptuur/totaal: ja/nee
Vertrek kraamverzorgende na bevalling om:	
Secundaire ziekenhuisopname:	ja/nee
Reden opname:	
Verloop kraambed	
Buikklasten:	Borstklachten:
Beenklachten:	
Hechtingen verwijderd:	ja/nee
Andere klachten:	
Secundaire ziekenhuisopname:	ja/nee
Reden:	
zo ja, datum:	
Medicijnen:	Datum overdracht aan wijkverpleegkundige:
Handtekening kraamverzorgende:	Handtekening cliënt:

Temperatuurlijst baby

Naam baby:		Partus: thuis/ziekenhuis		Bijzonderheden baby:		Bijzonderheden bij vertrek kraamverzorgende:																
A terme: ja/nee		Prematuur: weken		Apgar-score: na 1 min: na 5 min: na 10 min:		Hiehprik: ja/nee Gehoortest: ja/nee Vit K: ja/nee																
Jongen/Meisje		Hoeveelste kind:		Serotien: dagen		Spontaan: ja/nee		Direct gehuild: ja/nee		Direct bijgekleurd: ja/nee		Voeding bij vertrek Borstvoeding:										
Geboortedatum:		Tijdstip:		Kunstverlossing:		Eventuele bijzonderheden partus:		Reden van opname: Aangeboren afwijkingen:		Bijvoeding:		Kunstvoeding:										
Gewicht:		Liggings baby:		Eventuele bijzonderheden partus:		Specialist:		Hoeveelheid:														
Dag													Kruiken (noteer aantal bij vakje dagdeel)									
Temp.													Dag									
Temp. in cijfers													Morgen									
Gewicht													Middag									
Temp. in blauw													Avond									
Gewicht in rood													Nacht									
40°													Bezoek Verlosk./-huisarts									
39°													Kleur baby:									
38°													Navel:									
37°													Medicijnen:									
36°													Bijzonderheden:									
35°																						



Temperatuurlijst baby

Naam baby:		Partus: thuis/ziekenhuis		Bijzonderheden baby:		Bijzonderheden bij vertrek kraamverzorgende:															
A terme: ja/nee		Prenatuur: weken		Apgar-score: na 1 min: na 5 min: na 10 min:		Hielprrik: ja/nee Gehoortest: ja/nee Vit K: ja/nee															
Jongen/Meisje		Hoeveelste kind:		Serotien: dagen		Spontaan: ja/nee		Direct gehuild: ja/nee		Direct bijgekleurd: ja/nee		Voeding bij vertrek Borstvoeding:									
Geboortedatum:		Tijdstip:		Kunstverlossing:		Reden van opname:		Aangeboren afwijkingen:		Bijvoeding:		Kunstvoeding:									
Gewicht:		Liggings baby:		Eventuele bijzonderheden partus:		Specialist:						Hoeveelheid:									
Dag												Kruiken (noteer aantal bij vakje dagdeel)									
Temp.		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Temp. in cijfers		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi		mo mi	
Gewicht																					
Temp. in blauw Gewicht in rood																					
40°																					
39°																					
38°																					
37°																					
36°																					
35°																					
Bezoek Verlosk./-huisarts																					
Kleur baby:																					
Navel:																					
Medicijnen:																					
Bijzonderheden:																					





Vochtbalans baby

Dag 1

Datum: _____ Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal		
Borst-/flesvoeding																											
Bijvoeding mm/fv																											
Gekolfde moedermelk ml																											
Urine/uraten																											
Ontlasting																											
Spugen																											

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 2

Datum: _____ Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal		
Borst-/flesvoeding																											
Bijvoeding mm/fv																											
Gekolfde moedermelk ml																											
Urine/uraten																											
Ontlasting																											
Spugen																											

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 3

Datum: _____ Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal		
Borst-/flesvoeding																											
Bijvoeding mm/fv																											
Gekolfde moedermelk ml																											
Urine/uraten																											
Ontlasting																											
Spugen																											

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 4

Datum: _____ Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	total		
Borstvoeding																											
Bijvoeding mm/fv																											
Gekolfde moedermelk ml																											
Urine/uraten																											
Ontlasting																											
Spugen																											

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 5

Datum: _____ Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal		
Borst-/flesvoeding																											
Bijvoeding mm/fv																											
Gekolfde moedermelk ml																											
Urine/uraten																											
Ontlasting																											
Spugen																											

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

verklaring mm: moedermelk fv: flesvoeding



Vochtbalans baby

Dag 1

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal
Borst-/flesvoeding																									
Bijvoeding mm/fv																									
Gekolfde moedermelk ml																									
Urine/uraten																									
Ontlasting																									
Spugen																									

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 2

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal
Borst-/flesvoeding																									
Bijvoeding mm/fv																									
Gekolfde moedermelk ml																									
Urine/uraten																									
Ontlasting																									
Spugen																									

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 3

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal
Borst-/flesvoeding																									
Bijvoeding mm/fv																									
Gekolfde moedermelk ml																									
Urine/uraten																									
Ontlasting																									
Spugen																									

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 4

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	total
Borstvoeding																									
Bijvoeding mm/fv																									
Gekolfde moedermelk ml																									
Urine/uraten																									
Ontlasting																									
Spugen																									

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 5

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal
Borst-/flesvoeding																									
Bijvoeding mm/fv																									
Gekolfde moedermelk ml																									
Urine/uraten																									
Ontlasting																									
Spugen																									

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

verklaring mm: moedermelk fv: flesvoeding

Dag 6

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 7

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 8

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 9

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	total	
Borstvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 10

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

verklaring mm: moedermelk fv: flesvoeding



Dag 6

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 7

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 8

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 9

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	total	
Borstvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

Dag 10

Datum: _____

Gewicht: _____

Uren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	totaal	
Borst-/flesvoeding																										
Bijvoeding mm/fv																										
Gekolfde moedermelk ml																										
Urine/uraten																										
Ontlasting																										
Spugen																										

Concentratie van urine: _____ uraten: _____ kleur ontlasting: _____

verklaring mm: moedermelk fv: flesvoeding





Overdrachtformulier JGZ



Invullen door de kraamverzorgende (Kopie voor de kraamverzorgende)

Gegevens moeder/vader:

Naam moeder: _____ Zwangerschapsduur _____ weken
Geboortedatum moeder: _____ Opname moeder: ja/nee, aantal dagen: _____
Naam vader: _____ Reden opname: _____
Adres: _____ Naam ziekenhuis: _____
Postcode en woonplaats: _____ Naam gynaecoloog: _____
Telefoonnummer: _____ Tijdelijk verblijfplaats moeder en kind*: _____

Gegevens kraamzorg:

Naam kraamverzorgende 1: _____
Naam kraamverzorgende 2: _____
Reeds contact gehad met JGZ rond gezin? ja/nee
Zo ja, datum: _____ Contactpersoon: _____
Hierover ook contact gehad met verloskundige? ja/nee
Zo ja, datum: _____ Contactpersoon: _____
Overdracht verzonden naar JGZ? 0 Ja, datum _____ 0 Nee, achtergebleven bij gezin

Gegevens controles tijdens de kraamperiode:

Naam/Achternaam kind: _____
Duur kraamzorg: ___ uur (kraamzorguren) over ___ dagen 0 Prematuur 0 Dysmatuur
Geboortedatum en tijdstip: _____ om _____ uur 0 Serotien 0 À terme
Datum laatste verzorgingsdag: _____ Meerling: ja/nee
Geslacht: 0 mannelijk 0 vrouwelijk Navelstomp af: ja/nee
Herindicatie kraamzorg: ja/nee
Zo ja, reden: _____
Gewicht bij geboorte: _____ gram Hoofdomtrek: _____
Laagste gewicht: _____ gram Bilirubine waarde: _____ Behandeld: ja/nee
Gewicht bij afsluiting kraamzorg: _____ gram Apgar score: _____
Lengte: _____ Dag 1^e meconiumlozing: _____
Plaats geboorte kind: _____ Thuis/Poliklinisch/Ziekenhuis
Naam ziekenhuis: _____
Gegevens overgenomen van partusverslag ziekenhuis?: ja/nee
Aangeboren afwijking: ja/nee
Testes ingedaald: Links: ja/nee Rechts: ja/nee
Bijzonderheden met betrekking tot navel
Icterus: ja/nee vanaf _____ dag t/m _____ dag
Bijzonderheden huilgedrag baby: _____
Bijzonderheden slaappgedrag baby: _____

*) indien van toepassing



Overdrachtformulier JGZ



Invullen door de kraamverzorgende (Kopie voor de kraamverzorgende)

Gegevens moeder/vader:

Naam moeder: _____ Zwangerschapsduur _____ weken
Geboortedatum moeder: _____ Opname moeder: ja/nee, aantal dagen: _____
Naam vader: _____ Reden opname: _____
Adres: _____ Naam ziekenhuis: _____
Postcode en woonplaats: _____ Naam gynaecoloog: _____
Telefoonnummer: _____ Tijdelijk verblijfplaats moeder en kind*: _____

Gegevens kraamzorg:

Naam kraamverzorgende 1: _____
Naam kraamverzorgende 2: _____
Reeds contact gehad met JGZ rond gezin? ja/nee
Zo ja, datum: _____ Contactpersoon: _____
Hierover ook contact gehad met verloskundige? ja/nee
Zo ja, datum: _____ Contactpersoon: _____
Overdracht verzonden naar JGZ? 0 Ja, datum _____ 0 Nee, achtergebleven bij gezin

Gegevens controles tijdens de kraamperiode:

Naam/Achternaam kind: _____
Duur kraamzorg: ___ uur (kraamzorguren) over ___ dagen 0 Prematuur 0 Dysmatuur
Geboortedatum en tijdstip: _____ om _____ uur 0 Serotien 0 À terme
Datum laatste verzorgingsdag: _____ Meerling: ja/nee
Geslacht: 0 mannelijk 0 vrouwelijk Navelstomp af: ja/nee
Herindicatie kraamzorg: ja/nee
Zo ja, reden: _____
Gewicht bij geboorte: _____ gram Hoofdomtrek: _____
Laagste gewicht: _____ gram Bilirubine waarde: _____ Behandeld: ja/nee
Gewicht bij afsluiting kraamzorg: _____ gram Apgar score: _____
Lengte: _____ Dag 1^e meconiumlozing: _____
Plaats geboorte kind: _____ Thuis/Poliklinisch/Ziekenhuis
Naam ziekenhuis: _____
Gegevens overgenomen van partusverslag ziekenhuis?: ja/nee
Aangeboren afwijking: ja/nee
Testes ingedaald: Links: ja/nee Rechts: ja/nee
Bijzonderheden met betrekking tot navel
Icterus: ja/nee vanaf _____ dag t/m _____ dag
Bijzonderheden huilgedrag baby: _____
Bijzonderheden slaappgedrag baby: _____

*) indien van toepassing

Overdrachtformulier JGZ



Naam cliënt: _____

Soort voeding: Borstvoeding/Kunstvoeding/Beide Indien kunstvoeding, merk: _____

Aantal voedingen: ____ x ____ ml = ____ ml/dag

Vragen in onderstaande alinea alleen invullen bij borstvoeding

Indien borstvoeding: 0 op vraag 0 op tijd

Kolven: ja/nee Baby is aangelegd binnen 1 uur na geboorte: ja/nee

Inzet lactatiekundige: ja/nee Indien ja, reden: _____

Moeder kent verschillende voedingshoudingen: ja/nee

Bijvoeding per fles: ja/nee, ____ ml/dag

Gemiddelde duur van de voedingen: _____

Eventuele voedingsproblemen: _____

Eventuele ondersteuning bij voeding: _____

Herkennen de ouders voedingssignalen? ja/nee, toelichting: _____

Lijkt de baby na de voeding meestal voldaan? ja/nee, toelichting: _____

Kleur en frequentie poepluiers: _____

Frequentie en bijzonderheden plasluiers: _____

Hielprik verricht: ja/nee, datum: _____

Gehoorscreening: ja/nee, datum: _____

Geboorteaangifte gemeente geregeld: ja/nee

Overige informatie: _____

Bijzonderheden ten aanzien van moeder: _____

Bijzonderheden ten aanzien van baby: _____

Bijzonderheden ten aanzien van gezin: _____

Sociale, emotionele en fysieke gesteldheid moeder: _____

Bijzonderheden woon-/leefsituatie: _____

Mantelzorg: ja/nee Zo ja, welke vorm: _____

Actief betrokken hulpverleners/hulpverlening op indicatie? ja/nee

Zo ja, contactpersoon organisatie/hulpverlener: _____

Functie organisatie/hulpverlener: _____ Telefoonnummer: _____

Reden: _____

Ingevuld door kraamverzorgende:

Naam: _____

Datum: _____

Paraaf: _____

Deze gegevens zijn in het kader van de Wet op de Privacy besproken met de ouders? ja/nee

Handtekening cliënt voor akkoord: _____ **datum:** _____



Overdrachtformulier JGZ



Naam cliënt: _____

Soort voeding: Borstvoeding/Kunstvoeding/Beide Indien kunstvoeding, merk: _____

Aantal voedingen: ____ x ____ ml = ____ ml/dag

Vragen in onderstaande alinea alleen invullen bij borstvoeding

Indien borstvoeding: 0 op vraag 0 op tijd

Kolven: ja/nee Baby is aangelegd binnen 1 uur na geboorte: ja/nee

Inzet lactatiekundige: ja/nee Indien ja, reden: _____

Moeder kent verschillende voedingshoudingen: ja/nee

Bijvoeding per fles: ja/nee, ____ ml/dag

Gemiddelde duur van de voedingen: _____

Eventuele voedingsproblemen: _____

Eventuele ondersteuning bij voeding: _____

Herkennen de ouders voedingssignalen? ja/nee, toelichting: _____

Lijkt de baby na de voeding meestal voldaan? ja/nee, toelichting: _____

Kleur en frequentie poepluiers: _____

Frequentie en bijzonderheden plasluiers: _____

Hielprik verricht: ja/nee, datum: _____

Gehoorscreening: ja/nee, datum: _____

Geboorteaangifte gemeente geregeld: ja/nee

Overige informatie: _____

Bijzonderheden ten aanzien van moeder: _____

Bijzonderheden ten aanzien van baby: _____

Bijzonderheden ten aanzien van gezin: _____

Sociale, emotionele en fysieke gesteldheid moeder: _____

Bijzonderheden woon-/leefsituatie: _____

Mantelzorg: ja/nee Zo ja, welke vorm: _____

Actief betrokken hulpverleners/hulpverlening op indicatie? ja/nee

Zo ja, contactpersoon organisatie/hulpverlener: _____

Functie organisatie/hulpverlener: _____ Telefoonnummer: _____

Reden: _____

Ingevuld door kraamverzorgende:

Naam: _____

Datum: _____

Paraaf: _____

Deze gegevens zijn in het kader van de Wet op de Privacy besproken met de ouders? ja/nee

Handtekening cliënt voor akkoord: _____ **datum:** _____



Overdrachtformulier JGZ



Invullen door de verloskundige

Gegevens verloskundige:

Naam praktijk: _____ Contactgegevens: _____

Naam verloskundige: _____

Naam kinderarts*: _____

Kinderarts geconsulteerd: ja/nee, in verband met : _____

Heeft de gegevens digitaal overgedragen* d.d. _____

Gezinssamenstelling:

Moeder: _____ Geboortedatum: _____

Vader/partner: _____

Overige kinderen in gezin: _____

Huisarts van moeder: _____

Moeder werkzaam als: _____

Vader/partner werkzaam als: _____

Land van herkomst en spreektaal in gezin: _____

Woonomstandigheden:

Roken: Moeder: ja/nee, _____ per dag Vader/partner: ja/nee, _____ per dag

Alcoholgebruik: Moeder: ja/nee, _____ per dag Vader/partner: ja/nee, _____ per dag

Drugsgebruik: Moeder: ja/nee, _____ per dag Vader/partner: ja/nee, _____ per dag

Medische anamnese moeder:

OK: _____ Medicijnen: _____

Allergieën: _____ Neg. sex. ervaringen: _____

Besnijdenis: _____ Psychisch: _____

Huiselijk geweld: _____ SOA: _____

Eventuele aanvullingen: _____

Familie anamnese moeder en vader:

(zoals erfelijke/aangeboren afwijkingen of psychische aandoeningen als ADHD/autisme e.d.) _____

*) U hoeft onderstaande gegevens bij digitale overdracht niet in te vullen

Overdrachtformulier JGZ



Zwangerschaftsgegevens:

Verloop zwangerschap (problemen, risicofactoren, complicaties) _____

Gravida/para: _____

Miskramen/abortus in verleden: _____

Prenatale controles door verloskundigepraktijk: _____

Bloedonderzoek: Bloedgroep: _____ HIV: _____ Hep.B: _____ Lues: _____ Hb: _____

Bijzonderheden neonataal onderzoek: _____

Vitamine K na geboorte: ja/nee

Toediening Hep. B-IgG/1e vaccinatie (indien van toepassing): _____

Bevalling:

Ontsluitingsduur: _____ Uitdrijvingsduur: _____

Totaal bloedverlies: _____ Hoeveelheid: _____ ml

Perineum: _____

Ligging bij geboorte: _____

Plaats baring: _____

Verantwoordelijke verloskundige: _____

Bijzonderheden bevalling: _____

Ingevuld door verloskundige:

Naam: _____

Datum: _____

Paraaf: _____

Deze overdrachtsgegevens zijn in het kader van de Wet op de Privacy besproken met de ouders: ja/nee

Handtekening cliënt voor akkoord: _____ datum: _____