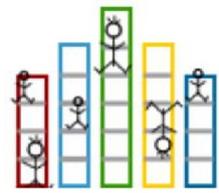




**Hebammennetzwerk
Münsterland e.V.**

**PRAXISNETZ
DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE
MÜNSTER e.V.**



Gemeinsam geht es besser!

Informationen Ihrer Hebamme für den Kinder- und Jugendarzt

Patient

Gesundheitsstörung / Problem

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ikterus | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Windeldermatitis / Soor |
| <input type="checkbox"/> mangelhafte Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> unruhiges Kind / Schreibaby | <input type="checkbox"/> asymmetrische Vorzugshaltung, Schiefhals |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Nabelheilungsstörung | <input type="checkbox"/> (Schlaf)-Rhythmus |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselscreening | <input type="checkbox"/> Hörscreening | <input type="checkbox"/> Hüftsono |

andere / Erläuterung

- bereits durchgeführte Maßnahmen _____
- ausführliche Gesprächszeit notwendig – bitte bei Terminvergabe berücksichtigen
- Terminvergabe an Eltern heute binnen ____ Tagen
- persönliche Rücksprache erforderlich? dringend binnen ____ Tagen
- Rückmeldung per Fax per mail Mitgabe an Eltern

Pädiatrisches Konsil

- Diagnose(n)
- Therapie
- erweiterte Abklärung?
- Kontrolltermin notwendig in Arztpraxis bei Hebamme

Hebamme	KONTAKT	Arzt
STEMPEL		STEMPEL
beste Erreichbarkeit unter		
<input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Mail		<input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Mail