|  |
| --- |
|  |

**Patientenetikette**

# Einverständniserklärung für die Betreuung in der Hebammengeleiteten Geburtshilfe

Im Vorgespräch mit der Hebamme wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Betreuung in der Hebammengeleiteten Geburtshilfe durch die Hebamme überprüft. Es wurde festgestellt, dass bei Ihnen keine Gründe vorliegen, die gegen eine hebammengeleitete Geburt sprechen. Sie erhielten umfassende Informationen zu den Vor- und Nachteilen sowie dem Ablauf und den Grenzen einer hebammengeleiteten Geburt.

Die betreuende Hebamme arbeitet eigenverantwortlich und selbstständig. Sollten während des Geburtsverlaufs Probleme oder Regelwidrigkeiten auftreten, wird die betreuende Hebamme einen Arzt hinzuziehen und Sie in das herkömmliche Arzt/Hebammen-System überleiten. Diese Entscheidung trifft die betreuende Hebamme eigenverantwortlich. Es ist wichtig zu verstehen, dass in der hebammengeleiteten Geburt nicht alle Möglichkeiten der Schmerzlinderung verfügbar sind, beispielsweise keine PDA.

Die Hebammen im Kantonsspital Winterthur (KSW) arbeiten in drei Schichten. Es ist möglich, dass Sie während der Geburt nicht durchgängig von derselben Hebamme betreut werden. Aufgrund organisatorischer Gegebenheiten können wir nicht garantieren, dass eine hebammengeleitete Geburt jederzeit möglich ist. Sollte dies nicht der Fall sein, erfolgt die Betreuung im herkömmlichen Arzt/Hebammen-System.

Ihnen ist bekannt, dass ein aktives Management der Plazenta nach der Geburt, einschliesslich der intravenösen Gabe von Oxytocin, das Risiko nachgeburtlicher Blutungen halbiert. Sie wurden über die Vor- und Nachteile der intravenösen Oxytocingabe sowie die eines venösen Zugangs während der Geburt aufgeklärt.

Sind sie Trägerin von Streptokokken der Gruppe B, ist Ihnen bekannt, dass eine intravenöse Antibiotikagabe unter der Geburt empfohlen wird.

Sie hatten ausreichend Gelegenheit und Zeit Ihre Fragen zu stellen, die zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet wurden. Sie möchten davon Gebrauch machen, während der Geburt im KSW ausschliesslich von Hebammen betreut zu werden.

Es ist Ihnen bekannt, dass die Einverständniserklärung jederzeit und ohne Nennung von Gründen widerrufen werden kann. Sie haben die Möglichkeit, jederzeit in das herkömmliche Arzt/Hebammen-System zu wechseln.

Des Weiteren wurde Ihnen eine Kopie der Einverständniserklärung ausgehändigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Venöser Zugang bei Eintritt | JA | NEIN |
| Oxytocin für Plazentarperiode | JA | NEIN |
| Nur für Strepto B Trägerinnen: Zustimmung für Antibiose unter der Geburt | JA | NEIN |

Bemerkung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Hebamme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_