

GerOSS Datensatz

Ereignis: Hysterektomie (nicht wegen Uterusruptur)

Ort: _____ Name des Krankenhauses: _____

Fallnummer: _____ (z.B. 1/2010)

**Datensatz-
schlüssel**

Einverständniserklärung

Unterschriebene Einverständniserklärung der Patientin liegt vor (in Niedersachsen nicht erforderlich)*:

Ja Nein

Sonstige Angaben: _____

Einverständniserklärung

Aufnahme

Datum: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Aufnahme

Angaben zur Schwangeren:

1 Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

2 PLZ: _____ (die ersten 4 Stellen)

3 Hat die Schwangere einen Migrationshintergrund?*

Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß hat der Migrationshintergrund den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?

gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

4 Hat das soziale Umfeld den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?*

Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß?*

gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

Angaben zur Schwangeren

5 Hat der Bildungsgrad den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?*

- Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß?*

- gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

6 Zusätzliche Erläuterungen: -----

7 Ehestand*:

- alleinstehend verheiratet in fester Partnerschaft

8 Versicherungsstatus*:

- gesetzlich krankenversichert anders versichert

9 Körpergröße bei der Erstuntersuchung (cm)*: ___

10 Gewicht bei Erstuntersuchung (kg)*: __, __

11 Blutdruck

Blutdruck bei Erstuntersuchung (systolisch): ___ mmHg

Blutdruck bei Erstuntersuchung (diastolisch): ___ mmHg

12 Blutzucker nüchtern (mg/dl): _____

13 Hat die Schwangere jemals geraucht oder raucht sie derzeit?*

- Ja Nein

Wenn ja,

Wann?*: vor Schwangerschaft aufgehört während Schwangerschaft aufgehört raucht derzeit

Wie viele Zigaretten zuletzt pro Tag?*: __

Besteht eine klinisch relevante Abhängigkeit?*: Ja Nein

1 Anzahl Schwangerschaften < 24 Wochen*: __

2 Schwangerschaften \geq 24 Wochen*: Ja Nein

Anzahl ausgetragene Schwangerschaften \geq 24 Wochen*: __

Geburtsdatum des 1. Kindes \geq 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 1. Kindes \geq 24 Wochen*:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 2. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 2. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 3. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 3. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 4. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 4. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 5. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 5. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 6. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 6. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 7. Kindes \geq 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 7. Kindes \geq 24 Wochen:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Spontan | <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Vakuum | <input type="radio"/> Primäre Sectio | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion |
| <input type="radio"/> Forzeps | <input type="radio"/> Sekundäre Sectio | |

Geburtsdatum des 8. Kindes >= 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 8. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 9. Kindes >= 24 Wochen: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 9. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

3 Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften?*

- Ja Nein

Wenn ja:

1. Komplikation*: _____ ICD 10
2. Komplikation: _____ ICD 10
3. Komplikation: _____ ICD 10
4. Komplikation: _____ ICD 10
5. Komplikation: _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu vorhergehenden Schwangerschaften: _____

4 Vorhergegangene Uterus Operationen*: Ja Nein

Wenn ja,

Anzahl*: __

5 Myomektomie*: Ja Nein

Wenn ja,

Anzahl*: __

Wurde die Höhle verschlossen?*: Ja Nein

Typ der Myomektomie*: transmural mit Eröffnung des cavum uteri

6 Operation einer Ruptur*: Ja Nein

Wenn ja,

Anzahl*: __

6 Vaginale Operation*: Ja Nein

Wenn ja,

Anzahl*: __

Gebh. -gyn. Operation am Uterus:

- Dilatation und Curettage Abrasio Absaugung

<p>7 Operationen einer Uterusfehlbildung*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl*: __</p> <p>Typ der Uterusfehlbildung: <input type="radio"/> Uterus bicornis <input type="radio"/> Uterus sub septum <input type="radio"/> Sonstige</p>	
<p>8 Sonstige Operationen*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl*: __</p> <p>Welche*: -----</p>	
<p>9 Vorausgegangene Uterusperforation*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Therapiert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wie*: -----</p>	
<p>10 Zusätzliche Erläuterungen: ----- ----- -----</p>	
<p>11 Vorausgegangene Sectio(nes)?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Letzte Entbindung per Sectio?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wieviele Sectiones?*: _ (1-9)</p> <p>Anlage 1 (Angaben zu vorausgegangenen Sectiones) ausfüllen!</p>	
<p><u>Jetzige Schwangerschaft</u></p>	
<p>1 Errechneter Termin*: __ . __ . __ tt/mm/jjjj</p> <p>2 Schwangerschaftsalter nach Ultraschall korrigiert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p><u>Jetzige Schwangerschaft</u></p>
<p>3 Mehrlingsschwangerschaft*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl Feten*: __</p> <p>Art der Mehrlingsschwangerschaft*: <input type="radio"/> monochorial, monoamniotisch <input type="radio"/> monochorial, diamniotisch <input type="radio"/> dichorial, diamniotisch</p>	

4 Komplikationen/ Risiken in der Schwangerschaft?*: Ja Nein

- 1. Schwangerschaftsrisiko*: _____ ICD 10
- 2. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10
- 3. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10
- 4. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10
- 5. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10

5 Wurde die Schwangere bereits in der Frauenklinik behandelt?*: Ja Nein

Wenn ja,

Stationärer Aufenthalt (Tage)*: __

6 Plazenta praevia vor Geburt diagnostiziert?*: Ja Nein

Wenn ja,

Lage*: I (marginalis) II (partialis) III (totalis)

Aufnahme zur Geburt

1 Aufnahme durch*: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

2 Aufnahmediagnosen:

- 1. Aufnahmediagnose*: _____ ICD 10
- 2. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10
- 3. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10
- 4. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10
- 5. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10

3 Therapeutische Maßnahmen bei Aufnahme: _____

4 Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben): _____

Aufnahme zur Geburt/ Hysterektomie

Geburt/ Hysterektomie:1 Einleitung*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

1. Indikation*: _____ ICD 10

2. Indikation: _____ ICD 10

3. Indikation: _____ ICD 10

Prostaglandin*: Ja Nein

Wenn ja, Darreichung*:

 Vaginal Gel, PEG 1 und 2 Prostaglandin oral Vaginal Tablette, PEG 1 und 2 Prostaglandin i. v.2 Zusätzliche Erläuterungen: _____

_____3 Wehen*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Oxytocin Gabe*: Ja Nein

Dauer*: ____ . ____ hh:mm (24h)

4 Traten nach Wehenbeginn Blutungen auf?*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Ursache*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Atonie | <input type="radio"/> Narbenruptur |
| <input type="radio"/> Placenta accreta | <input type="radio"/> Vorzeitige Plazentalösung |
| <input type="radio"/> Uterusinfektion | <input type="radio"/> Plazentaresten im Uterus verblieben |
| <input type="radio"/> Uterusruptur | <input type="radio"/> Sonstige |

Diagnostiziert durch*:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe | <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung | <input type="radio"/> Anästhesist |
|---|---|-----------------------------------|

Entbindung:

1 Sectio*: Ja Nein

Wenn ja,

Indikation*: _____ ICD 10

Operateur*: Facharzt geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

2 Entbindungsmodus (wenn nicht Sectio): _____

3 Traten postpartale Blutungen auf?*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Ursache*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Atonie | <input type="radio"/> Narbenruptur |
| <input type="radio"/> Placenta accreta | <input type="radio"/> Vorzeitige Plazentalösung |
| <input type="radio"/> Uterusinfektion | <input type="radio"/> Plazentaresten im Uterus verblieben |
| <input type="radio"/> Uterusruptur | <input type="radio"/> Sonstige |

Sonst. Blutungsursache*: _____

Diagnostiziert durch*:

Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

4 Notfall*: Ja Nein

Wenn ja,

Oxytocin Infusion: ja

Methergin: ja

rekombinant Faktor VII: ja

Prostaglandin PEG 1: ja

Prostaglandin PEG 2: ja

A. iliaca interna Ligatur bds.: ja

Uterusarterienembolisation: ja

A. uterina Ligatur bds.: ja

Intauterine Ballonkompression ja

Uterusrucksacknähte ja

Halten des Uterus ja

Sonstige Maßnahmen _____

Entbindung

Hysterektomie:

1 Hysterektomie*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: __ . __ . __ tt.mm.jjjj

Uhrzeit*: __ . __ hh:mm (24h)

Technik der Hysterektomie*: total subtotal

Art der Hysterektomie*: elektiv Notfall

2 Uterus Histologie durch Pathologen*: Ja Nein

Befund*: -----

3 Weitere Therapie*: Ja Nein

Wenn ja, welche?*: -----

4 Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben): -----

Versorgung der Hysterektomie:

1 Organschäden bei Hysterektomie*: Ja Nein

Wenn ja,

Zervix: Ja

Blase: Ja

Ureter: Ja

wenn ja beidseits? ja

Darm Ja

2 Wurden Blutprodukte gegeben?*: Ja Nein

Wenn ja,

Anzahl Konserven Erythrozytenkonzentrat*: --

Anzahl Konserven frisch gefrorenes Plasma (FFP)*: --

Anzahl Konserven Thrombozyten *: --

Anzahl Konserven Faktor II *: --

Anzahl Konserven Faktor VII *: --

Anzahl Konserven Sonstige*: --

maschinelle Autotransfusion (MAT) ml*: ---

3 Wurden Blutprodukte abgelehnt?*: Ja Nein

4 Zusätzliche Erläuterungen: -----

Versorgung der Mutter nach OP:

1 Fieber nach der Geburt? Ja Nein

Wenn ja, Diagnose*: _____ ICD 10

2 Verlegung*: Ja Nein

Wenn ja,

Wohin*: andere Fachabteilung anderes Krankenhaus

Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

Uhrzeit: ____ . ____ hh:mm (24h)

Veranlasst von*: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

3 Komplikationen*: Ja Nein

Wenn ja,

1. Komplikation*: _____ ICD 10

2. Komplikation: _____ ICD 10

3. Komplikation: _____ ICD 10

4. Komplikation: _____ ICD 10

5. Komplikation: _____ ICD 10

Maßnahmen / Therapie _____

4 Verlegung auf Intensivstation?*: Ja Nein

Wenn ja, Dauer des Aufenthaltes (Tage)*: ____

5 Zusätzliche Erläuterungen: _____

6 Entlassung der Mutter*: Ja Nein

Wenn ja,

Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

Uhrzeit: ____ . ____ hh:mm (24h)

Outcome

2 Tod der Mutter*: Ja Nein

Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Primäre Todesursache (laut Totenschein)*: _____ ICD 10

Obduktion*: Ja Nein

Wenn ja: Klinisch: Ja

Wenn ja: Rechtsmedizinisch: Ja

Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben): _____

1. Anzahl Mehrlinge: _ (1-4)

(Bei Mehrlingen >1 bitte folgende Seiten vervielfältigen)

**Geburtsangaben
der Kinder**

3. Morbidität:

- chronische Lungenkrankheit
- schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)
- intraventrikuläre Haemorrhagie
- neonatale Enzephalopathie
- Frühgeburt
- schwere Fehlbildung
- Fototherapie pflichtiger Ikterus
- nekrotisierende Enterokolitis
- Atemnotsyndrom
- Sonstiges

4. Morbidität:

- chronische Lungenkrankheit
- schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)
- intraventrikuläre Haemorrhagie
- neonatale Enzephalopathie
- Frühgeburt
- schwere Fehlbildung
- Fototherapie pflichtiger Ikterus
- nekrotisierende Enterokolitis
- Atemnotsyndrom
- Sonstiges

5. Morbidität:

- chronische Lungenkrankheit
- schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)
- intraventrikuläre Haemorrhagie
- neonatale Enzephalopathie
- Frühgeburt
- schwere Fehlbildung
- Fototherapie pflichtiger Ikterus
- nekrotisierende Enterokolitis
- Atemnotsyndrom
- Sonstiges

11 Maßnahmen / Therapie: -----

12 Postpartal verstorben*: Ja Nein

Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Primäre Todesursache (laut Totenschein)*:

- chronische Lungenkrankheit
- schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)
- intraventrikuläre Haemorrhagie
- neonatale Enzephalopathie
- Frühgeburt
- schwere Fehlbildung
- Fototherapie pflichtiger Ikterus
- nekrotisierende Enterokolitis
- Atemnotsyndrom
- Sonstiges

13 zusätzliche Erläuterungen: -----

Anlage 1: Sectio bei vorausgegangenem Schwangerschaften

(Bitte für jede vorausgegangene Sectio ausfüllen!)

1. Sectio*:

1 Datum*: tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter __ Wochen

3 Indikation _____ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?* Ja Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio | <input type="radio"/> sonstige |

6 Uterusnaht*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig | <input type="radio"/> unbekannt |

7 Postpartale Morbidität:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige |

2. Sectio*:

1 Datum*: tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter __ Wochen

3 Indikation _____ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?* Ja Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio | <input type="radio"/> sonstige |

6 Uterusnaht*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig | <input type="radio"/> unbekannt |

7 Postpartale Morbidität:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige |

Sectio

3. Sectio*:

1 Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter __ Wochen

3 Indikation _____ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?* Ja Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio | <input type="radio"/> sonstige |

6 Uterusnaht*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig | <input type="radio"/> unbekannt |

7 Postpartale Morbidität:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige |

4. Sectio*:

1 Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter __ Wochen

3 Indikation _____ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?* Ja Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio | <input type="radio"/> sonstige |

6 Uterusnaht*:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig | <input type="radio"/> unbekannt |

7 Postpartale Morbidität:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige |