

4.8 Anhang: Geburtshilfliches Dossier Gesundheitsgeschichte

Personalien

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Sprache: _____ Nationalität: _____ Aufenthaltsstatus: _____

Verständigung differenziert: ja nein Dolmetscherin: _____

Konfession: _____ Kontaktperson: _____

Beruf

Schulbildung: _____ Beruf: _____

Arbeitstätigkeit in der Schwangerschaft:
 ja nein 100% Teilzeit _____%

Berufstätigkeit im Verlauf: _____ geplante Berufstätigkeit nach der Geburt: _____

Arbeitgeber/-in: _____ Telefon: _____

Lebensform

Partnerschaft Ehe keine Partnerschaft

Bezugsperson: Partner/Partnerin Freundin/Freund Verwandte

andere _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____ Mobil: _____

Kinder

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname und Alter von Kindern des Partners/der Partnerin: _____

Medizinische Versorgung

Hausärztin/-arzt: _____ Telefon: _____

behandelnde/r Frauenärztin/-arzt: _____ Telefon: _____

Kinderärztin/-arzt: _____ Telefon: _____

behandelnde Hebamme: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Geburt

geplanter Geburtsort:

- zu Hause Geburtshaus in der Klinik in der Klinik, mit Beleghebamme
hebammengeleitet

Geburtsort: _____

Datum der Anmeldung: _____ Telefon: _____

errechneter Geburtstermin: _____ korrigierter Geburtstermin: _____

Datum erste Konsultation: _____ SSW: _____

Informationen zum Vorgehen

Wir möchten eine Betreuung anbieten, die Ihrer individuellen Situation und Ihren Bedürfnissen entspricht. Zu Ihrer individuellen Situation gehört auch, wie Sie sich fühlen und wie Sie mit Ihrer Familie leben. Wir möchten Ihnen anbieten, über Ihre Fragen oder Probleme zu sprechen und mit Ihnen gemeinsam Antworten oder Lösungen dafür suchen. Wir stellen Ihnen dazu Fragen, die Sie nicht beantworten müssen, wenn Sie nicht möchten.

Mit allem, worüber Sie mit uns sprechen, gehen wir vertraulich um. Wenn sich Themen ergeben, die auch für andere Betreuende wichtig sind, für die anderen Hebammen, die Ärztinnen/Ärzte oder die Pflegenden, werden wir mit Ihnen vereinbaren, was wir an die Kolleginnen und Kollegen weitergeben dürfen.

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, dass Daten aus diesem Dossier in anonymisierter Form für eine Qualitätsanalyse weitergegeben werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Name der betreuenden Hebamme: _____

Ausgangslage

Aktuelle Probleme/Anliegen

- Wie fühlen Sie sich im Moment?

- Was beschäftigt Sie im Moment am meisten? (z. B. körperliche Beschwerden, Beziehung zum Partner/zur Partnerin, Arbeitssituation)

Körpergefühl/Veränderungen

- Wie erleben Sie die körperlichen Veränderungen? (z. B. Körperbeschwerden, Brustspannen, Müdigkeit, Gewichtszunahme, Sexualität)

- Wie geht Ihr Partner/Ihre Partnerin mit diesen Veränderungen um?

Gesundheit der Familie

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie | <input type="checkbox"/> Hämophilie | |
| <input type="checkbox"/> Thalassämie | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Mehrlinge | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |

- andere:

Gesundheit des Partners/der Partnerin:

Blutgruppe:

Persönliche Gesundheit vor der Schwangerschaft

unauffällig

Größe: _____ Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ BMI: _____

Allergien

- keine
- Penicillin
- Heuschnupfen
- Asthma
- Sensibilität
- andere

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- keine
- Hypertonie ($\geq 140/95$)
- schwere Hypertonie ($\geq 160/110$)
- andere

Urologische Erkrankungen

- keine
- St. n. rezidivierenden HWI
- St. n. Pyelonephritis
- chronische Nierenerkrankungen
- St. n. Nieren-/Harnleitersteine
- andere

Phlebologische Erkrankungen

- keine
- Krampfadern
- Hämorrhoiden
- andere

Endokrine Erkrankungen

- keine
- Diabetes mellitus
- Hypothyreose
- Hyperthyreose
- andere

Operationen

- keine
- St. n. Tonsillektomie
- St. n. Appendektomie
- St. n. Laparotomie
- andere

Bluttransfusionen

- keine
- ja
wann: _____ Anzahl: _____

Venerische Erkrankungen

- keine
- St. n. Gonorrhoe
- St. n. Lues
- St. n. Herpes genitalis
- St. n. Chlamydien
- HIV pos
- andere

Psychische/Neurologische Erkrankungen

- keine
- psychiatrische Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- andere

Autoimmunerkrankungen

- keine
- Lupus erythematodes
- Antiphospholipid-Syndrom
- andere

Medikamente

- keine

Pulmonale Erkrankungen

- keine

Hämatologische Erkrankungen

- keine

Intestinale Erkrankungen

- keine

Orthopädische Erkrankungen

- keine

Hauterkrankungen

- keine

Unfälle

- keine

Sehbehinderung

- keine

Hörbehinderung

- keine

Prothesen/Hilfsmittel

- keine

Anderes

Gesundheitsverhalten

Medikamente

- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich ein?
(Tee zum Schlafen, Tabletten gegen Schmerzen, homöopathische Globuli oder Tropfen)

keine ja: welche? wie regelmäßig?

Kaffee/Tee

- Trinken Sie Kaffee oder Tee (Schwarz/Kräuter)?

nein ja: wie viele Tassen pro Tag?

Rauchen

- Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag/pro Woche?

keine ja: wie viele pro Tag/pro Woche? → Weiterführende Befragung

- Wie viele Zigaretten raucht Ihr Partner/Ihre Partnerin pro Tag/pro Woche?

keine ja: wie viele pro Tag/pro Woche? → Weiterführende Befragung

Alkohol

Wir befragen alle Frauen zu ihrem Alkohol- und Drogenkonsum. Ich möchte Ihnen dazu Fragen stellen.

- Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie pro Tag/Woche?

keine ja: wie viele pro Tag/Woche?

- Gab es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie zu viel getrunken haben?

nein ja: haben Sie schon eine Beratung oder Behandlung erhalten?

- Hatte Ihr Partner/Ihre Partnerin Phasen, in denen er/sie zu viel getrunken hat?

nein ja: hat Ihr Partner/Ihre Partnerin schon eine Beratung oder Behandlung erhalten?

Drogen

- Konsumieren Sie Ecstasy, andere Amphetamine, Designerdrogen, Haschisch, Marihuana, Heroin, Kokain?

nein ja: wie viel, wie oft?

- Hatten Sie jemals Probleme mit Drogen?

nein ja: welche, wie viel, wie oft?

- Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin Probleme mit Drogen?

nein ja: welche, wie viel, wie oft?

😊 = ohne Problem

👉 = macht keine Angaben

😞 = Probleme vorhanden

Ernährung

- Worauf achten Sie bei Ihrer Ernährung? (was/wie oft/wie viel essen Sie am Tag?)
- Wie viel trinken Sie am Tag?
- Wie ist Ihre Verdauung?
- Wie schätzen Sie Ihr Gewicht im Moment ein? (realistische oder problematische Einschätzung, Anorexia, Bulimie, Adipositas?)

😊 👉 😞

😊 👉 😞

😊 👉 😞

Bewegung/Entspannung

- Wie oft bewegen Sie sich in der Woche?
- Wie oft treiben Sie Sport?
- Womit können Sie abschalten, entspannen?

😊 👉 😞

😊 👉 😞

Gynäkologische Gesundheitsgeschichte (ohne jetzige Schwangerschaft)**Zyklus**

Menarche mit wie viel Jahren: _____ Zyklusintervall: _____ Dauer der Blutung: _____

Zyklusbeschwerden (Schmerzen, Blutungsstärke, Amenorrhoe, Migräne, PMS, Niedergeschlagenheit):

 nein ja, welche? _____

Bewältigung/Therapie: _____

Sterilität bis zum Eintritt der jetzigen Schwangerschaft keine St. n. konservativ behandelter Sterilität kinderfreies Intervall >10 Jahre St. n. operativ behandelter Sterilität**Mammae**

regelmäßige Selbstuntersuchung der Brust ja nein
 Brust: unauffällig Knoten Zysten Tumore
 Mamillen: unauffällig

Brustoperationen: _____

Anomalien: _____

Vagina unauffällig letzter Vaginal-/Zervixabstrich: _____Vaginosen: _____ Erreger festgestellt:

nein ja nein ja
 Rezidive: Strepto B Chlamydien Herpes zoster Herpes genitalis
 nein ja

Therapie: _____

Vulva, Uterus und Adnexe

unauffällig
 Fehlbildungen der Genitalorgane Verletzungen der Genitalorgane Beschneidung:
 St. n. Eingriff an Zervix St. n. Adnexitis Typ I II III
 Uterusoperationen Endometriose
 Antikonception Komplikationen bei/nach IUD Komplikationen bei/nach OH
 Komplikationen Antikonception andere anamnestische Besonderheiten:
 welche? _____

Becken unauffällig Dysplasie Schiefstand andere Besonderheiten _____

Geburtshilfliche Gesundheitsgeschichte

Geburten/Fehlgeburten

bisher noch keine SS

Lebendgeburten: _____ Frühe Fehlgeburt (≤12. SSW): _____ Interruptio: _____

Totgeburten: _____ Späte Fehlgeburt (≤24. SSW): _____ EUG: _____

Geburts-/SS-Verläufe (inkl. Fehlgeburt, Interruptio, EUG)

Datum/ Geburtsort	SS-Verlauf	SSW	Geburt, Plazentaperiode Komplikationen	Kind m/w Gewicht/Länge Krankheiten	Wochenbett	Stillen/Stilldauer

Stillhilfsmittel: _____

erlebte Stillprobleme

nein ja → *Spezialberatung Stillen*

Lösungen: _____

😊 = ohne Probl. 🙄 = keine Ang. 😞 = Probl. vorh.

Frühere Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett

- Wie haben Sie die Fehlgeburt/die Schwangerschaftsunterbrechung erlebt? 😊 🙄 😞
- Wie haben Sie die letzte(n) Schwangerschaft(en) erlebt? 😊 🙄 😞
- Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht? nein ja
- Wie haben Sie die Geburt(en) erlebt? (Komplikationen, z. B. Saugglocke, Zange, Dammschnitt, Kaiserschnitt, Blutung, festsitzender Mutterkuchen, Ausschabung) 😊 🙄 😞
- Hatten Sie körperliche Beschwerden im Wochenbett oder in der Zeit danach? (Naht, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Rückbildung, Brust, Stillen) nein ja
- Haben Sie sich im Wochenbett oder in der Zeit danach traurig oder niedergeschlagen gefühlt? (wann, wie lange, Maßnahmen) 😊 🙄 😞
- Hatten Sie Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft oder in der ersten Zeit nach der Geburt? nein ja
- Wie ging es dem/den Kind(ern) nach der Geburt? Ist/sind das/die Kind(er) gesund? 😊 🙄 😞

Geburtshilfliche Risiken

- unauffällig bzw. noch keine SS bisher (exkl. Fehlgeburten, Interruptio, extrauterine Gravidität)
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> St. n. Frühgeburt | <input type="checkbox"/> St. n. Sectio 2× | <input type="checkbox"/> St. n. Blutungen |
| <input type="checkbox"/> St. n. Plazentar-Insuffizienz | <input type="checkbox"/> St. n. Sectio >2× | <input type="checkbox"/> St. n. Placenta praevia |
| <input type="checkbox"/> St. n. small for date | <input type="checkbox"/> St. n. intrauterinem Fruchttod | <input type="checkbox"/> St. n. vorzeitiger Plazentalösung |
| <input type="checkbox"/> St. n. HES/Präeklampsie | <input type="checkbox"/> St. n. Cervixinsuffizienz | <input type="checkbox"/> St. n. Mehrlingsgeburt |
| <input type="checkbox"/> St. n. Sectio 1× | <input type="checkbox"/> St. n. Cerclage | <input type="checkbox"/> St. n. kindlichen Missbildungen |

andere anamnestische Besonderheiten: _____

Jetzige Schwangerschaft

Schwangerschaftsentstehung:

- spontan Sterilitätsbehandlung (inkl. homologe Insemination) heterologe Insemination IVF/GIFT

Antikonzeption-Versagen:

- Schwangerschaft unter hormoneller AK Schwangerschaft unter IUD

andere: _____

Geplante / Ungeplante Schwangerschaft

- Sind Sie von der Schwangerschaft überrascht? nein ja
- War die Schwangerschaft geplant? nein ja

Akzeptanz/Ambivalenz

- Wie fühlen Sie sich mit dieser Schwangerschaft?

**Terminabklärung**letzte normale Periode: notiert nicht notiert

spätere schwächere Blutung: _____

vorletzte Periode: _____

Zyklus: regelmäßig unregelmäßig (>7d)

Ovulationshemmer bis: _____

Konzeption/Temperaturanstieg: _____

Schwangerschaftstest positiv am: _____

erste Kindsbewegung: _____

Ultraschall: nein

Anzahl: _____ SSW: _____

Terminerrechneter Termin: sicher unsicher korrigierter Termin: wann korrigiert: _____

Pränataldiagnostik

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | | | Aneuploidie Bluttest: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ultraschall: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Chorionzottenbiopsie: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 1.-Trimester-Test: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Amniocentese: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Befunde:

Allgemeine Risiken

Während Schwangerschaft:

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | | | | |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Rhesuskonstellation | <input type="checkbox"/> Bluttransfusionen | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Rhesusinkompatibilität | <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Strepto B vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Fehl-/Mangelernährung | <input type="checkbox"/> vorbestehende Hypertonie | <input type="checkbox"/> fetale Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Herpes genitalis | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | Wert: | <input type="checkbox"/> Varikosis/Thrombose | <input type="checkbox"/> Chlamydien vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Alter (>35 J.) | <input type="checkbox"/> Hypotonie Wert: | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> andere Infekte | |
| <input type="checkbox"/> andere: | | | | |
-

Serologie/Infektionen (nur eintragen, wenn Befunde vorhanden)

- | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Blutgruppe: | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> AB | <input type="checkbox"/> Null (0) |
| Rhesusfaktor: | <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. | | |
| Rhesusantikörper: | <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. | | |
| Röteln: | <input type="checkbox"/> AK pos. | <input type="checkbox"/> AK neg. | <input type="checkbox"/> geimpft | <input type="checkbox"/> Blutentnahme für AK |
| | | | <input type="checkbox"/> Impfung im WB | |
| Lues: | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. | | |
| Gonorrhoe: | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. | | |
| Hepatitis B: | <input type="checkbox"/> HBAg neg. | <input type="checkbox"/> HBAg pos. | | |
| | <input type="checkbox"/> AntiHBs neg. | <input type="checkbox"/> AntiHBs pos. | <input type="checkbox"/> Impfung | Datum: |
| HIV: | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> manifeste Aidserkrankung | |
| Cytomegalie: | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. | | |
| Herpes genitalis: | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. | | |

Wenn Mutter Rh negativ, Blutgruppe des Kindsvaters angeben

- | | | | | |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Blutgruppe: | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> AB | <input type="checkbox"/> Null (0) |
| Rhesusfaktor: | <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. | | |
-

😊 = ohne Problem

👤 = macht keine Angaben

😞 = Probleme vorhanden

Soziale Situation

Nun möchte ich Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer sozialen Situation stellen, wie es Ihnen zu Hause geht und bei der Arbeit.

Partnerschaft

- Leben Sie mit dem Kindsvater zusammen? nein ja
- Wie steht der Kindsvater zur Schwangerschaft? (Freude, Angst, Unsicherheit, Ablehnung) 😊 👤 😞
- Aus welchem Land kommt Ihr Partner/Ihre Partnerin?

Familie


- Wie ist der Kontakt zu Ihrer Familie? 😊 👤 😞
- Wie reagiert die Familie/Ihre Mutter auf die Schwangerschaft? 😊 👤 😞
- Haben Sie Kontakt zur Familie Ihres Partners/Ihrer Partnerin? 😊 👤 😞
- Wie reagiert diese Familie/Ihre Schwiegermutter auf die Schwangerschaft? 😊 👤 😞


Arbeit und Beruf


- Welchen Beruf haben Sie erlernt und in welchem Beruf arbeiten Sie zurzeit?
-
- Gibt es Arbeitsbedingungen, die Sie in dieser Schwangerschaft belasten? nein ja
(Sitzen, Stehen, chemische Stoffe, Lärm, Luftverschmutzung, Schichtdienst, Konflikte mit dem/der Arbeitgeber/in)
 - Sind Sie über Ihre Rechte am Arbeitsplatz informiert? nein ja
 - Können Sie Ihre Rechte an Ihrem Arbeitsplatz in Anspruch nehmen? 😊 👤 😞
(Pausen, Tagdienst, Sitzgelegenheit)

Lebensbedingungen

- Wie ist Ihre Wohnsituation? (Platz, Lärm, Luftverschmutzung) 😊 👤 😞
- Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein? 😊 👤 😞




 = ohne Problem

 = macht keine Angaben

 = Probleme vorhanden

Migration




- Art der Aufenthaltsbewilligung: _____
- in der Schweiz seit: _____
- differenzierte Verständigung in Deutsch möglich nein ja
- in anderen Sprachen: _____
- Dolmetscherin vorhanden nein ja
- Veränderungen im Lebensstil nein ja
- Zu welcher Nationalität oder Gruppe fühlen Sie sich zugehörig? _____
- Lebensgeschichte (wo geboren, aufgewachsen, Aufenthaltsorte)

• Erzählen Sie Ihre Migrationsgeschichte. (Gründe, Flucht, Kriegserfahrung, Situation der Familie im Heimatland)   

• Kontakt zu weiteren Diensten nein ja

Soziale Unterstützung










Arbeit (Befragung nach der 20. SSW)

• Wie geht es Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz? (Veränderung der Situation, Belastung durch chemische Stoffe, Sitzen, Stehen, Schichtdienst, Konflikte mit dem Arbeitgeber)   



Unterstützung

- Wer hilft Ihnen, wenn es Ihnen körperlich nicht so gut geht? (welche Personen/Institutionen)
 - Wer oder was hilft Ihnen, wenn Sie Probleme haben?
- _____

Beziehung zu Partner/Partnerin/Kindsvater (Befragung nach der 20. SSW)

- Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin/zum Kindsvater beschreiben? (Wie können Sie miteinander reden? Haben Sie gemeinsame Interessen? Haben Sie viel/wenig Vertrauen? Verbringen Sie viel/wenig Zeit miteinander? Haben Sie selten/oft Streit?)   
 - Wie, denken Sie, wird sich die Beziehung nach der Geburt verändern?   
 - Wie lösen Sie und Ihr Partner/Ihre Partnerin Auseinandersetzungen?   
- _____

Erziehung der Kinder

- Wie war die Beziehung zu Ihren Eltern als Kind?   
- Wie wurden Sie erzogen?   
- Wie, denken Sie, werden Sie Ihr Kind erziehen?   

Häusliche Gewalt

Wir wissen, dass sehr viele Frauen Gewalt ausgesetzt sind. Wir stellen darum allen Frauen einige Fragen zu Gewalt in der Familie oder im sozialen Umfeld.

- Hat Ihr Vater Ihre Mutter jemals geschlagen oder verletzt? nein ja
- Hat Ihnen jemals oder aktuell Angst gemacht, was Ihr Partner sagt oder tut? nein ja
- Hat Sie Ihr Partner jemals oder aktuell gedemütigt oder schreit er Sie immer wieder an? nein ja
- Wurden Sie jemals oder in jüngster Zeit von Ihrem Partner gestoßen, getreten oder geschlagen? nein ja
- Wurden Sie jemals oder aktuell von einer anderen Person gestoßen, getreten oder geschlagen? nein ja
- Wurden Sie jemals dazu gedrängt, gegen Ihren Willen Geschlechtsverkehr zu haben? nein ja
- Ist Ihnen jemals als Kind sexuell Gewalt angetan worden? nein ja
- Können Sie über gemeinsames Geld in der Partnerschaft frei verfügen oder erleben Sie Einschränkungen? 😊 🙅 😞
- Verfügen Sie über eigene finanzielle Mittel? 😊 🙅 😞

Fragen an Mehrgebärende

- Haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin Kinder, die nicht bei Ihnen leben? nein ja

Warum nicht?


- Standen Sie jemals in Verbindung mit der Sozialhilfe, der Vormundschaftsbehörde, der Abteilung für Kinder- und Jugendschutz oder der Gruppe für Kinderschutz? nein ja
- Wie gehen Sie zu Hause mit Ihren Kindern um, wenn sie sich schlecht benehmen?


Psychische Situation


Rund um Schwangerschaft und Geburt erleben viele Frauen körperliche und emotionale Veränderungen, die auch belastend sein können. Darum möchte ich Ihnen auch hierzu einige Fragen stellen.

Emotionale Situation

- Haben Sie in Ihrem Leben Phasen durchgemacht, in denen Sie sich über längere Zeit traurig oder niedergeschlagen fühlten? nein ja
- Sind Sie schon einmal wegen Depressionen oder Angststörungen behandelt worden? nein ja
- Haben Sie jetzt während der Schwangerschaft längere Phasen, in denen Sie traurig, antriebslos oder niedergeschlagen waren? (Spezialfragebogen EPDS) nein ja

 = ohne Problem

 = macht keine Angaben

 = Probleme vorhanden

• *Siehe Personalblatt:*




Sie haben **keine** Konfession angegeben. Haben Sie eine bestimmte Lebenseinstellung, Spiritualität oder Religion, die Sie in schwierigen Lebenslagen unterstützt?

Sie haben **eine** Konfession angegeben. Finden Sie in schwierigen Lebenslagen Halt in dieser Glaubensgemeinschaft?

Belastende Ereignisse

- Gab es in Ihrem Leben Ereignisse, die Sie belastet haben? (Umzug, Verluste, Trennung) nein ja, Spezialbefragung PTBS
- Haben Sie Veränderungen während der Schwangerschaft/nach der Geburt geplant? (Umzug, Trennung, Arbeitsplatzwechsel) nein ja

Ängste













- Welche Bedenken haben Sie im Hinblick auf das Mutterwerden/Muttersein? (Spektrum: ich kann mir nicht vorstellen, wie ich das schaffen soll; das werde ich sehr gut schaffen)   
- Sind Sie vom Typ her eher ängstlich? Haben Sie Angstzustände? Vermeiden Sie Situationen, vor denen Sie Angst haben? Erleben Sie Panikzustände? nein ja

Wie äußert sich das konkret?

Träume

- Erinnern Sie sich an Ihre Träume? nein ja
- Gibt es Träume, die Sie belasten? nein ja

Körpergefühl/Veränderungen (nach der 20. SSW)

- Wie erleben Sie die körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft? (Körperbeschwerden, wachsender Bauch, Brustspannen, Müdigkeit, Gewichtszunahme)   
- Wie empfinden Sie die Kindsbewegungen?   
- Wie erleben Sie Ihre Sexualität, hat sie sich verändert?   
- Wie geht Ihr Partner/Ihre Partnerin mit diesen Veränderungen um?   

Geburtshilfliche Geschichten (nach der 20. SSW)

- Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt oder die Ihrer Geschwister?

- Wissen Sie, wie Ihre Schwester(n) oder Freundin(nen) die Geburten Ihrer Kinder erlebt haben? nein ja
- Haben Ihre Mutter/Schwester/Freundinnen gestillt? nein ja
- Haben Sie sich Gedanken darüber gemacht, wie Sie Ihr Kind ernähren wollen? Möchten Sie stillen? nein ja
- Haben Sie geplant, einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen?
 ja: wo? nein: warum nicht?

Kinderbetreuung Mehrgebärende (nach der 20. SSW)

- Wer hilft Ihnen bei der Kinderbetreuung, wenn es Ihnen einmal nicht so gut geht?
(Müdigkeit, Kontraktionen)
- Wie geht es mit dem ersten Kind/den anderen Kindern?



Abschlussfrage

- Möchten Sie mir noch etwas sagen, das bisher nicht angesprochen wurde? nein ja

Analyse

Diagnose(n):

Ziel-/Teilzielvereinbarungen:

Ressourcen:

Lösungswege:

Maßnahmenplan:

Betreuungsplan

Einbezug von:

	intern	extern		intern	extern
Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seelsorger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtshelfer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familienberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewaltberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologischer Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

andere Dienste:

Name und Adressen: _____

Bezugsperson: _____ Telefon: _____

Vertretung: _____ Telefon: _____

Dolmetscherin: _____ Telefon: _____

Gesprächsnotizen
