

Hier hilft uns ein Foto als
Gedächtnisstütze, gerne GRÖßER

Liebe werdende Mutter / liebe werdende Eltern,

um die mit den Hebammen des Geburtshauses Kassel geplante Geburt verantwortungsvoll und sicher begleiten zu können, benötigen wir Hebammen einige Informationen von Euch.

Nehmt Euch bitte etwas Zeit für die Beantwortung der Fragen und füllt die Bögen so gut es geht aus. So können wir uns ein möglichst umfassendes Bild der jetzigen Lebens- und der gesundheitlichen Situation machen.

Selbstverständlich unterliegen wir alle der Schweigepflicht und geben nichts davon an Dritte weiter. Wenn zu einem Thema weiterer Gesprächsbedarf besteht, sprecht uns gerne an.

Vor- und Nachname, ggf. Geburtsname

Alter

Email-Adresse:

Staatsangehörigkeit

Beruf

selbstständig / angestellt

Letzte abgeschlossene Ausbildung

Name des Partners/der Partnerin

Fragen zur persönlichen und familiären Situation

Bist Du:

verheiratet

in Partnerschaft lebend

geschieden

in Trennung lebend

ohne PartnerIn lebend

Lebst Du:

allein

in Kleinfamilie

in Großfamilie

in Wohngemeinschaft mit

Hast oder versorgst Du Haustiere?

Welche größeren Veränderungen sind bis jetzt durch die Schwangerschaft verursacht worden?

Wie siehst Du im Moment Eure Zukunft, wenn das Baby geboren ist, in Bezug auf Lebensvorstellungen, Partnerschaft, Lebensqualität, berufliche und finanzielle Situation?

Bist Du mit Deiner beruflichen Situation und deren Anforderungen in der Schwangerschaft zufrieden?

Hast Du Dich bereits über die Dir zustehenden Möglichkeiten und Hilfen (Finanzen, Haushaltshilfen) informiert?

Ja nein brauche Information

Fragen zur Gesundheit und Lebensgewohnheiten

Wie groß bist Du? cm Wie war Dein Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft? kg

Ernährungsgewohnheiten:

Treibst du Sport, meditierst du, machst Du Yoga o.Ä.?

Wie beurteilst Du Deine gesundheitliche Situation?

sehr gut gut mäßig gut eingeschränkt schlecht

Welche Krankheiten etc. hast Du oder hast Du durchgemacht?

Kinderkrankheiten	Operationen
Infektionen	Psychische Erkrankungen
wiederkehrende Erkrankungen	Unfälle
chronische Krankheiten	Erbkrankheiten
Stoffwechselstörungen	Krankenhausaufenthalte
Allergien	Sonstiges

Platz für Erläuterungen:

Welche Erkrankungen gibt es in Deiner näheren Umgebung oder bei nahen Verwandten?

Wie ging es Dir bisher vor und während der Menstruation?
Wenn Du dabei Beschwerden hattest: was war hilfreich für Dich?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

nein ja – welche?

Hast oder hattest Du Ess-Störungen oder Gewichtsprobleme?

nein ja

Hast Du Gewalterfahrungen (z.B. psychischer oder sexueller Art)?

nein ja

Trinkst Du Alkohol, nimmst Du Drogen, hast Du oder hattest Du Suchtprobleme?

nein ja – welche?

Rauchst Du? nein ja - wieviel?

Hast Du geraucht? nein ja - wieviel?

Was können oder sollen wir als Deine begleitenden Hebammen wissen/beachten?

Was hilft Dir in die Entspannung zu kommen und was gibt Dir Kraft?

Fragen zu vorausgegangenen Schwangerschaften

Das wievielte Mal bist Du schwanger?

Wo und wann sind Deine Kinder geboren?

Wie sind Deine Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten verlaufen?

Wie hast Du die erste Zeit mit Deinem Neugeborenen erlebt?

Hast Du gestillt? Wenn ja, welche Stillverfahren hast Du gesammelt?

Wisst ihr, wie die Geburten Eurer beiden Mütter waren?

(z.B. waren es schnelle oder lang dauernde Geburten? Hat sie ihre Kinder stets vor oder nach dem Termin bekommen?)

Fragen zur jetzigen Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant?

War es leicht, schwanger zu werden?

Hattet ihr Verhütungsmittel verwendet?
Welches?

Wurde die Empfängnis medizinisch unterstützt?

Wie geht es Dir mit den körperlichen Veränderungen in dieser Schwangerschaft?

Wie sind Deine momentanen Gefühle dem Baby gegenüber?

Wie ist diese Schwangerschaft bisher medizinisch verlaufen?

Fühlst Du Dich über pränataldiagnostische Untersuchungsangebote ausreichend informiert? Welche hast Du bereits wahrgenommen oder möchtest Du wahrnehmen?

Hast oder hattest Du während dieser Schwangerschaft eines der folgenden Symptome:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Benommenheit, Ohnmachten |
| <input type="radio"/> Erbrechen | <input type="radio"/> Kopfschmerzen/Sehstörungen |
| <input type="radio"/> Bauchschmerzen | <input type="radio"/> Sodbrennen/Magenbeschwerden |
| <input type="radio"/> Rückenschmerzen | <input type="radio"/> Verstopfung/Durchfall |
| <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Hämorrhoiden |
| <input type="radio"/> Schlafprobleme | <input type="radio"/> Krampfadern, Besenreiser |
| <input type="radio"/> Blutungen/Schmierblutung | <input type="radio"/> Wassereinlagerungen |
| <input type="radio"/> Scheidenentzündungen | <input type="radio"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="radio"/> unkontrollierter oder erschwerter Urinabgang | <input type="radio"/> Sonstiges: |