*Bitte Zutreffendes ausfüllen und rechtzeitig* ***per Post*** *senden oder persönlich übergeben - alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und dienen nur zur Ihrer optimalen Unterstützung.*

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes, Geburtsdatum |  |
| Name der Mutter |  |
| Name des Vaters |  |
| Eltern: verh., unverh., zusammenlebend |  |
| Falls getrennt lebend, bei wem lebt Ihr Kind? |  |
| * Wer hat Ihnen diese Arbeit empfohlen? |  |
| * Was ist Ihr Anliegen mit dem Sie kommen? Falls es Herausforderungen gibt, bitte beschreiben Sie diese. |  |

* Hat Ihr Kind körperliche Beschwerden oder müssen bestimmte Bereiche im Körper beachtet werden? Ja **\_\_** Nein **\_\_**  
  Falls ja welche?

|  |
| --- |
|  |

* Bekommt Ihr Kind Medikamente? Ja **\_\_** Nein **\_\_**   
  Falls ja welche und aus welchem Grund?

|  |
| --- |
|  |

* Hat Ihr Kind Geschwister? Bitte nennen Sie den Altersunterschied.

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie Ihr Kind adoptiert? Ja **\_\_** Nein **\_\_** Falls ja, bitte genauer erläutern.

|  |
| --- |
|  |

**Empfängnis:**

* War Ihr Kind geplant? Ja **\_\_** Nein **\_\_**   
  Gab es Schwierigkeiten um das Thema Empfängnis? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Falls Ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

* Hat ein Elternteil geraucht, Drogen oder Alkohol zu dieser Zeit genommen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**   
  Falls ja, wer & welche & wieviel?

|  |
| --- |
|  |

* Wie war Ihre Beziehung als Elternpaar zu dieser Zeit?

|  |
| --- |
|  |

**Entdeckung der Schwangerschaft:**

* Wie haben Sie auf die Entdeckung der Schwangerschaft reagiert?

|  |
| --- |
|  |

* Falls Ihr Kind nicht geplant war, gab es Überlegungen abzutreiben?

|  |
| --- |
|  |

* Wie war die Reaktion Ihres Umfeldes? Familie, Freunde etc.

|  |
| --- |
|  |

**Schwangerschaft:**

* Wie verlief die Schwangerschaft? Gab es Komplikationen, Stress oder Herausforderungen?

|  |
| --- |
|  |

* Gab es ausreichende Unterstützung oder Sorgen in dieser Zeit?

|  |
| --- |
|  |

* Wie war Ihre Beziehung als Elternpaar zu dieser Zeit?

|  |
| --- |
|  |

* **Geburt:**
* Haben Sie sich gut vorbereitet und unterstützt gefühlt? Durch Familie/ Arzt/ Hebamme/ Doula/ Ehepartner/ andere Menschen?

|  |
| --- |
|  |

* Wer hat Sie während der Wehen und der Geburt unterstützt?

|  |
| --- |
|  |

* Bitte kreuzen Sie an, was sie über die Geburt Ihres Kindes wissen:

|  |  |
| --- | --- |
|  | eine vaginale Geburt im Krankenhaus ohne Medikamente  Welche Medikamente? |
|  | eine vaginale Geburt im Krankenhaus mit Medikamenten |
|  | eine vaginale Geburt zu Hause ohne Medikamente |
|  | eine vaginale Geburt zu Hause mit Medikamenten? |
|  | unter Anästhesie |
|  | mit einer Zange |
|  | mit einer Saugglocke |
|  | angeschlossen an einem Monitor für die kindlichen Herztöne |
|  | Kaiserschnitt |
|  | Steißlage |
|  | eine Mehrlingsgeburt |
|  | Nabelschnurprobleme |
|  | andere Geburtskomplikationen, bitte erklären: |
|  | Möchten Sie noch etwas hinzufügen? |

**Nach der Geburt:**

* Waren Mutter & Baby nach der Geburt & die erste Zeit danach zusammen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**Nennen Sie Einzelheiten:

|  |
| --- |
|  |

* Mutter: Wie ging es Ihnen nach der Geburt? Hatten Sie ausreichende Unterstützung?

|  |
| --- |
|  |

* Mutter: hatten Sie Wochenbett-Depressionen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Mutter: Haben Sie gestillt? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Gab es Komplikationen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

Falls ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

* Bitte notieren Sie alle Interventionen kurz nach der Geburt, sowie Einweisungen ins Krankenhaus:

|  |
| --- |
|  |

* Jungen: wurde er beschnitten? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Wie haben evt. Geschwister auf das Baby reagiert?

|  |
| --- |
|  |

* Evtl. andere Personen, die für Ihr Kind wichtig waren/sind oder Ihr Kind betreut haben:

|  |
| --- |
|  |

* Andere wichtige spätere Ereignisse:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unterschrift** |  | **Datum** |  |