

Fragebogen zur Geburt im Geburtshaus Frankfurt e.V.

Dieser Fragebogen erleichtert uns die Erhebung Ihrer Anamnesese. Außerdem gibt er Ihnen Gelegenheit, sich innerlich mit der Geburt ihres Kindes im Geburtshaus Frankfurt zu beschäftigen. Uns dienen Ihre persönlichen Einstellungen und Erwartungen dazu, mehr von Ihnen zu erfahren.

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Errechneter Termin: _____

Name des Partners / Partnerin: _____

Wer begleitet Sie zur Geburt? _____

Allgemeines

Waren Sie schon einmal in einer Klinik?

Falls ja, geben Sie die Gründe, die Behandlung und das Jahr an.

Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

Hatten oder haben Sie gynäkologische Erkrankungen oder Besonderheiten?

Bitte geben die Behandlung und das Jahr an.

Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

Haben Sie Allergien? Falls ja, welche?

Haben Sie eine chronische Krankheit? Falls ja, welche?

Hatten Sie jemals schwere Blutungen? Falls ja, aus welchem Grund?

Sind in Ihrer Familie oder der Familie des Kindsvaters Erbkrankheiten bekannt?

Hatten Sie während der Periode Beschwerden? Falls ja, welche?

Falls Sie schon einmal eine Fehlgeburt hatten:

In welcher Schwangerschaftswoche war die Fehlgeburt?

Haben Sie Medikamente erhalten und/oder wurde eine Ausschabung durchgeführt?

Falls Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch hatten:

In welcher Schwangerschaftswoche war der Schwangerschaftsabbruch?

Haben Sie Medikamente erhalten und/oder wurde eine Ausschabung durchgeführt?

Falls Sie Rhesus-negativ sind: Haben Sie nach den vorherigen Schwangerschaften eine Anti-D-Prophylaxe bekommen?

Schwangerschaft

Wie ist es Ihnen bisher in dieser Schwangerschaft ergangen?

Wie lange habe Sie auf diese Schwangerschaft gewartet?

Hatten Sie während dieser Schwangerschaft eine der folgenden Krankheiten?

- Kinderkrankheiten (z.B. Röteln, Masern) welche _____ wann _____
- Infektionskrankheiten (z.B. Herpes, Hepatitis) welche _____ wann _____
- Nierenbecken- oder Blasenentzündung? welche _____ wann _____

Hatten oder haben Sie während dieser Schwangerschaft folgende Symptome?
Geben Sie Zeitpunkt und Heftigkeit sowie Behandlung an?

Übelkeit, Erbrechen _____

Sodbrennen _____

Verstopfung _____

Störungen beim Wasserlassen _____

Schlafprobleme _____

Kopfschmerzen _____

Sehstörungen _____

Bauchschmerzen _____

Scheideninfektion _____

Blutungen, Schmierblutung _____

Wassereinlagerungen _____

Wadenkrämpfe _____

Krampfadern, Hämorrhoiden. _____

andere Probleme _____

Haben Sie in dieser Schwangerschaft Alkohol getrunken? Ja Nein

Haben Sie in dieser Schwangerschaft geraucht? Ja Nein

Falls Sie früher geraucht haben: Wieviel haben Sie geraucht und wann haben Sie aufgehört?

Haben Sie in dieser Schwangerschaft oder früher Drogen genommen? Ja Nein

Falls ja: Wann und welche Drogen haben Sie konsumiert? Wann haben Sie aufgehört?

Sind Sie berufstätig oder studieren Sie? Ja Nein

Welche Tätigkeit üben Sie aus?

Wie körperlich oder psychisch belastet fühlen Sie sich?

Haben Sie tagsüber regelmäßig die Möglichkeit sich auszuruhen? Ja Nein

Treiben Sie Sport? Falls ja, welchen?

Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten?
Haben sich diese in der Schwangerschaft verändert?

Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt?

Warum soll Ihr Kind im Geburtshaus zur Welt kommen?

- Ich fühle mich im Geburtshaus sicher.
- Ich wünsche mir die individuelle Betreuung durch eine vertraute Hebamme.
- Ich möchte mein Kind selbstbestimmt gebären.
- Mir ist es wichtig, mein Kind in einer vertrauten und persönlichen Atmosphäre zu gebären.
- Ich möchte auf möglichst natürliche Weise gebären und Interventionen vermeiden.
- Ich habe negative Erfahrungen mit Geburt(en) im Krankenhaus gemacht.
- Ich habe positive Erfahrungen mit Geburt(en) im Geburtshaus gemacht.

Gibt es noch weitere oder andere Gründe?

Haben Sie Widerspruch bei Ihrer Entscheidung für das Geburtshaus erfahren?

Was sind Ihre Erwartungen an die Geburtshaus-Hebammen?

Was ist Ihnen für Ihre Geburt zur Gestaltung der Atmosphäre wichtig? (z. B. eigene Bettwäsche, eigene Musik, Duftöle, Beleuchtung...)

Gibt es etwas, das Sie während der Geburt ablehnen?

Möchten Sie Ihr Kind stillen? Ja Nein

Gibt es weitere Bemerkungen oder Gedanken, die die betreuende Hebamme bei der Geburt wissen sollte?

Gibt es Bemerkungen oder Gedanken des Partners/ der Begleitperson?

Vorherige Geburten

Name	Geburtsjahr	Geburtsmodus	Gewicht
------	-------------	--------------	---------

Wo haben Sie Ihr Kinder geboren?

Wie lange hat die Geburt gedauert?

Wie hat die Geburt begonnen?

Haben Sie Ihr Kind spontan geboren? Kam es zur Unterstützung durch Saugglocke, Zange oder Kaiserschnitt? Kennen Sie die Gründe dafür?

Gab es Probleme bei der Geburt (z.B. „Sternengucker“, erschwerte Schulterentwicklung)?

Wann ist die Fruchtblase gesprungen? Oder wurde sie eröffnet? Wie weit war Ihr Muttermund zu diesem Zeitpunkt geöffnet?

Was hat Ihnen während der Geburt gut getan? Welche Haltungen empfanden Sie als angenehm bzw. unangenehm?

Wurden Ihnen Wehenmittel, Schmerzmittel, PDA, Antibiotika, Spasmolytika oder andere Medikamente verabreicht? Falls ja, welche?

Hatten Sie Geburtsverletzungen? Falls ja, welche?

Hat die Naht Ihnen Unannehmlichkeiten bereitet? Falls ja, welche?

Gab es Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Plazenta?

Hatten Sie direkt nach der Geburt Beschwerden in Form von Kreislaufschwäche, Nachwehen oder Blutungen? Wie wurden diese behandelt?

Wie lange blieben Sie in der Klinik bzw. im Geburtshaus?

Hatten Sie oder Ihr Kind nach der Geburt eine behandlungsbedürftige Infektion? Wann war diese und wie wurde diese behandelt?
