

**Fragebogen zum Erstkontakt
mit der Emotionellen Ersten Hilfe**

Sehr geehrte Frau/Herr/ liebe Familie _____,

Sie haben sich heute mit einem Anliegen an mich gewandt. Dieser Fragebogen dient einer ersten Orientierung bezüglich Ihres Anliegens.

- Kurze Antworten sind völlig ausreichend.
- Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen und vor dem ersten Treffen an mich zurück.
- Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und freundliche Grüße



Sabine Funk
Hebamme, FH , Psychologin B.Sc.

Persönliche Daten

Name, Vorname der **Mutter** _____ Alter _____

Straße, Wohnort _____ Telefon _____

Beruf _____

Familienstand _____

Anzahl der (eigenen) Kinder _____

Name, Vorname des **Vaters** _____ Alter _____

Straße, Wohnort _____ Telefon _____

Beruf _____

Familienstand _____

Anzahl der (eigenen) Kinder _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum und- Uhrzeit: _____

Geburtsgewicht: _____ Entlassungsgewicht aus Klinik: _____

aktuelles Alter und Gewicht (ca.): _____

Ernährung (Stillen oder Flasche/Beikost): _____

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____ Alter der Personen: _____

Wer unterstützt die Mutter zur Zeit aktiv?

Im Haushalt: _____

Bei der Versorgung des Kindes/der Kinder: _____

Weitere Geschwister:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Was ist Ihr aktuelles Anliegen? z.B.: Schreiproblematik, Schlafthema, Essen, usw.

Anamnese

1. Schwangerschaft

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

(Körperliche Beschwerden, Belastungen am Arbeitsplatz, Unsicherheiten bezüglich der Gesundheit des Kindes, große Ängste, belastende Untersuchungsergebnisse, andere schwerwiegende Ereignisse)
Was genau?

Wer hat Sie in dieser Zeit unterstützt?

2. Geburt

Gab es Besonderheiten während der Geburt?

Zutreffendes bitte anstreichen.

- übermäßig starke Schmerzen hat sehr lange gedauert unfreundliche Behandlung
- operative Eingriffe Medikamente anders als erwartet ging sehr schnell
- Notfallsituation

- Medikamente zur Geburtsbeschleunigung oder – Verlangsamung, Schmerzerleichterung

- Notfallsituation – Gefahr für die Mutter, Gefahr für das Kind.

- Operative Eingriffe (Kaiserschnitt) geplant Notfallkaiserschnitt
- Vollnarkose
- Teilnarkose (PDA oder Spinalanästhesie)

- Andere Eingriffe z.B. Zangen – oder Saugglockengeburt

- Trennung von Mutter und Kind

Sonstiges:

3. Wochenbett

Wie war die erste Zeit mit Ihrem Baby in der Klinik?

Dauer des Aufenthaltes: _____ Tage

Zutreffendes bitte anstreichen.

- Entspannt stressig sehr viel Unruhe in der Klinik gesundheitliche Probleme bei der Mutter oder dem Baby schnell alleine zurecht kommen

Sonstiges:

Wie waren die ersten Wochen zu Hause?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Bestand eine hohe Anforderung viele Arztbesuche
 Versorgung der Geschwisterkinder?

Unterstützung durch: _____

Sonstiges:

4. Ernährung des Babys

Stillen

Zutreffendes bitte anstreichen.

- hat am Anfang gut geklappt klappt jetzt gut war am Anfang schwierig
 ist schwierig hat nicht geklappt

Sonstiges:

Was ist/war schwierig?

- Brust oder Mamillen schmerzhaft zu wenig/zu viel Milch Baby hat nicht gut getrunken
 wollte sehr häufig trinken Trennung vom Kind.

Sonstiges:

Mit dem Stillen aufgehört:

nach _____ Tagen _____ Wochen _____ Monaten

Flaschenernährung

Zutreffendes bitte anstreichen.

- klappt gut klappt nicht gut.

Sonstiges:

Ernährung mit dem Löffel

Zutreffendes bitte anstreichen.

- klappt gut klappt nicht gut.

Sonstiges:

5. Welche professionellen Helfer haben Sie vor der Schreibaby-Ambulanz

zur Beratung aufgesucht?

Zutreffendes bitte anstreichen.

- Stillberaterin Hebamme Kinderärztin/Kinderarzt Kinderklinik
 Hausärztin/Hausarzt Heilpraktiker Homöopathie Osteopathie/Cranio
 andere Schreiambulanz Medikamente.

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mühe!