

Fragebogen zum Erstkontakt

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 und der Vorbereitung des ersten Treffens.

- Kurze Antworten sind völlig ausreichend, Sie dürfen Ihre Herausforderung aber auch gern ausführlicher beschreiben.
- Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst per Email vor dem ersten Treffen an mich zurück.
- Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht (Datenschutz) und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Sabine Funk

Sabine Funk
Psychologin M. Sc., Hebamme

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 _____ Gewicht (ca.): _____ Ernährung (Stillen oder Flasche/Beikost): _____

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

Wer unterstützt die Mutter zurzeit 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.

Fragen zur Vorgeschichte

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. Besonderheiten während der Geburt?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- übermäßig starke Schmerzen hat sehr lange gedauert ging sehr schnell unfreundliche Behandlung
- Medikamente (welche?) _____ anders als erwartet Notfallsituation Medikamente zur Geburtsbeschleunigung oder – Verlangsamung,
- Schmerzerleichterung (welche?) _____
- 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 ankreuzen

- 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: _____

4. Ernährung des Babys

Stillen Flaschenernährung

Stillen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

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 ankreuzen: klappt gut klappt nicht gut.

Sonstiges:

Ernährung mit dem Löffel

Zutreffendes bitte ankreuzen: klappt gut klappt nicht gut.

Sonstiges:

5. Welche professionellen Helfer haben Sie vor der Schreibaby-Ambulanz zur Beratung aufgesucht?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

6. Woher haben Sie von der Beratung bei BEBIZEIT erfahren?

- im Internet gesucht beim Kinderarzt von Bekannten / Verwandten Informationsflyer
 Informationsveranstaltung sonstiges: _____

Nochmals vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Vertrauen!