

Fragebogen zum Erstkontakt mit der Emotionellen Ersten Hilfe

Sehr geehrte Frau/Herr _____ ,

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

- Kurze Antworten sind völlig ausreichend.
- Bringen Sie den Fragebogen einfach zu unserem Treffen mit.
- Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und mit freundlichen Grüßen

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 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.

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
- ☐ 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 Drumherum in der Klinik
☐ gesundheitliche Probleme bei der Mutter oder dem Baby
☐ schnelles alleine zurechtkommen

Sonstiges:

Wie waren die ersten Wochen zu Hause?

Zutreffendes bitte anstreichen:

- ☐ 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:

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

Zutreffendes bitte anstreichen.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stillberaterin | <input type="checkbox"/> Hebamme | <input type="checkbox"/> Kinderärztin/Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Kinderklinik | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in | <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Osteopath/Cranio |
| <input type="checkbox"/> andere Schreiambulanz | | <input type="checkbox"/> Medikamente. | |

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Dieser Teil des Anamnesebogens ist nur für die Therapeutin

Die Fragen sollten im persönlichen Kontakt gestellt werden, die sie emotional stark besetzt sind.

Persönliche Daten:

Name: _____

Straße, Wohnort: _____

6. Beginn der Schwangerschaft

Zutreffendes anstreichen:

- ☐ Auf natürlichem Weg
☐ Medizinische Intervention (z.B. Hormontherapie, Insemination, IVF, ICSI)

Sonstiges: _____

Wie war Ihr erstes Gefühl bei Bekanntwerden der Schwangerschaft?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie waren die Erwartungen an das Leben mit dem Baby?

Wie waren die Gefühle für das Baby in der Schwangerschaft?

7. Medikamente

In der Schwangerschaft:

In der Stillzeit:

Dauermedikation:

8. Das Baby nach der Geburt

Wann nach der Geburt haben Sie Ihr Baby das erste Mal gesehen?

Wie waren die Umstände?

Woran erinnern Sie sich am meisten?

Wann gab es ein Gefühl von Verliebtheit fürs Baby?

9. Psychische Anamnese der Mutter

Hatten sie schon einmal eine therapeutische Begleitung?

Falls ja – Wann? Aus welchem Grund? Welche Methode?
Haben Sie das als hilfreich erlebt?

Wie ist es Ihnen selber als Baby/Kindheit ergangen?
