

Hebammenanamnese

Name: _____ **Geb.:** _____

Tel.: _____

Kontaktperson

Name: _____

Telefonnummer: _____

Ich erwarte mein _____ Kind – die _____ Schwangerschaft

Voraussichtlicher Entbindungstermin (ET):

Beratung:

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Hat der Vater des Kindes Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Hatten Sie schon einmal eine Unverträglichkeit auf ein Narkosemittel?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Haben/hatten Sie eine schwere/chronische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Gab es gynäkologische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Haben Sie Fehlgeburten/ Eileiterschwangerschaften/ Abbrüche gehabt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Wenn ja, hatten Sie eine Ausschabung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Rauchen Sie/ haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viele Zigaretten?:
Raucht Ihr Partner?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viele Zigaretten?:
Haben Sie in der Schwangerschaft Alkohol/Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Manchmal
Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten? Z.B. besondere Ernährungsform, Auswahl und Menge der Getränke		Beratung:

Wie verlief die Schwangerschaft bisher?

Haben Sie momentan Beschwerden?

Anämie		Wassereinlagerungen	
Sodbrennen		Scheideninfektionen	
Verstopfung		Blutungen	
Störung beim Wasserlassen		Krampfadern	
Schlafprobleme		Hämorrhoiden	
Rückenschmerzen		Schambeinschmerzen	

Für unsere fremdsprachigen Frauen:

Welche Muttersprache sprechen Sie?

Sprechen Sie andere Fremdsprachen?

Wer kann übersetzen?

Telefonnummer:

Ist diese Person bei der Geburt dabei?

Die Geburt

... wie sind Sie selbst geboren?

... frühere Geburten:

Jahr	SSW	Wie haben Sie geboren?	Kindsgewicht	Geburtsverletzungen	Besonderheiten

War Ihr Geburtserlebnis positiv?

Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Wie verlief die Nachgeburtsperiode?

... auf dem Weg zu dieser Geburt...

Wir möchten Sie unter der Geburt individuell betreuen und auf ihre Wünsche, aber auch auf ihre Sorgen und Ängste eingehen. Deshalb bitten wir Sie, uns ihre Gedanken zur Geburt ihres Kindes mitzuteilen.

Zunächst einige Worte zu den verschiedenen Phasen, die bis zur Geburt führen:

Latenzphase: Die Latenzphase ist der Zeitraum vor der eigentlichen Eröffnungsphase, die der Reifung des Muttermundes dient. Sie ist bei jeder Frau unterschiedlich lang und mitunter auch schmerzhaft. Das Ende der Latenzphase ist erreicht, wenn der Muttermund ca. 4cm geöffnet ist. Da ein aktives Vorgehen in dieser Phase der Geburt nicht sinnvoll ist, verhalten wir uns abwartend, stehen Ihnen aber unterstützend zur Seite.

Eröffnungsphase: Der Muttermund öffnet sich Schritt für Schritt. Wir können Ihnen zur Unterstützung ihrer Wehenarbeit unterschiedliche Hilfen anbieten, z.B. Motivation und Anleitung zur Atmung, zur

Bewegung des Beckens und Entspannung der Muskulatur, ein warmes Bad, Massagen mit Aromaölen, bei Bedarf Lachgas, Schmerzmittel, PDA.

Durchtrittsphase: Das Kind wandert und dreht sich durch das Becken. In dieser Phase kann eine besondere Lagerung oder der Wechsel verschiedener Positionen für den Weg des Kindes hilfreich sein. Wir unterstützen Sie, dafür die beste Gebärhaltung zu finden.

Nach der Geburt: Ihr Kind kommt nach der Geburt nackt auf ihre Brust, die Nabelschnur lassen wir auspulsieren, bevor Sie oder eine Begleitperson das Neugeborene abnabeln können. Sie können jetzt ihr Kind in Ruhe kennenlernen und stillen. Auch der Mutterkuchen wird in diesem Zeitraum geboren und eventuelle Geburtsverletzungen werden versorgt. Das Kind erhält die erste Untersuchung. Nach ca. 2 Stunden werden Sie dann auf die Wochenstation verlegt.

Genießen Sie, dass Sie die Geburt bewältigt haben und nun ihr Kind bestaunen können!

Ihre Gedanken zur Geburt...

... beeinflussen den Geburtsverlauf und unsere Betreuung. Daher ist es uns ein wichtiges Anliegen, ihre Erwartungen, Sorgen und Ängste zu kennen und mit Ihnen zu besprechen.

Worauf freuen Sie sich?

Haben Sie Sorgen/Ängste/Panik vor der Geburt?

Konnten Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen?

Was hilft Ihnen, dass Sie sich sicher und aufgehoben fühlen?

Wie stehen Sie zu Schmerzmitteln unter der Geburt?

Was ist Ihnen sehr wichtig?

Was ist für Ihren Partner wichtig?

Welche Informationen benötigen Sie außerdem?

Das Wochenbett

Ambulante Geburt gewünscht (vorher mit Hebamme absprechen!) Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Brustoperation durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, ist Stillen laut Operateur möglich? Ja Nein

Bei Mehrgebärenden: Gab es Besonderheiten im Wochenbett?

Beim Kind:

Bei Ihnen:

Die Ernährung des Neugeborenen

Stillvorerfahrung

Keine Habe gestillt Habe abgepumpt Ernährung mit industrieller Milch

War die Stillzeit eine gute Zeit für Sie?

Ja Nein – warum nicht

Hatten Sie im Zusammenhang mit dem Stillen Probleme?

Ich hatte Probleme mit...	Wann trat das Problem auf	Wie gingen Sie damit um? (Behandlung)

Wie lange haben Sie gestillt?

Voll:

Teilweise:

Das wünsche ich mir für die Zeit auf der Wochenstation:

Und jetzt: Welche Ernährung wünschen Sie sich für dieses Kind?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stillen

<input type="checkbox"/> Füttern mit künstlicher Nahrung

<input type="checkbox"/> Ich bin noch unsicher | <p>Beratung:</p> <input type="checkbox"/> früh milchbildende Maßnahmen
<input type="checkbox"/> wunden Brustwarzen vorbeugen
<input type="checkbox"/> Stillbroschüre ausgehändigt
<input type="checkbox"/> ausgiebiges Bonding
<input type="checkbox"/> Abstillen
<input type="checkbox"/> Kolostrumgabe gewünscht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch offen
<input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|--|

Ich wünsche mir weitere Informationen zu folgendem Thema:

Wir interessieren uns für Ihren Blutzucker

Wurde bei Ihnen schon vor Ihrer Schwangerschaft ein Diabetes festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann wurde er entdeckt? Jahr:	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> DM Typ 2 Wie behandeln Sie diesen Diabetes: <input type="checkbox"/> mit Insulin <input type="checkbox"/> mit angepasster Ernährung
Wurden bei Ihnen innerhalb der Schwangerschaft auffällige Werte festgestellt? z.B. durch einen Zuckerbelastungstest? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> „ kleiner Test “ 50g-Test (2 Messungen) <u>Ergebnis:</u> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Auffällig <input type="checkbox"/> „ großer Test “ 75g-Test (3 Messungen) <u>Ergebnis:</u> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Auffällig

... ab hier geht es weiter, wenn bei Ihnen ein Diabetes vorliegt/ein Test auffällig war:

Welcher Diabetologe begleitet Sie?

Die Behandlung erfolgt bisher durch:

-
- Einhaltung einer angepassten Ernährung/Diät
-
-
- Mit Insulin (Art, Dosis und Zeitpunkt):

Wie oft/wann messen Sie ihren Blutzucker?

Auf einer Skala von 1-10 (1=schwer 10=super)

Wie gut kommen Sie mit der empfohlenen (vielleicht anderen) Art sich zu ernähren zurecht?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie oft treffen Sie bei den Kontrollen Ihres Blutzuckerwertes den gewünschten Bereich?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Welche Fragen haben Sie noch zur Geburt, dem Wochenbett und dem Aufenthalt im Diak im Zusammenhang mit dem Diabetes?