**T1 & T2 Fragebogen nach der Entbindung:** Beantworten Sie uns bitte ein paar Fragen, so gut Sie können.

Haben Sie Ihren Entbindungsbericht, den Mutterpass und/oder das gelbe Kinderheft dabei? [ ]  Nein [ ]  Ja

Wann haben Sie entbunden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde die Entbindung eingeleitet? [ ]  Nein [ ]  Ja

War eine vaginale Entbindung möglich? [ ]  Nein [ ]  Ja

War eine Zangenentbindung/Saugglocke nötig? [ ]  Nein [ ]  Ja

War ein Kaiserschnitt nötig? [ ]  Nein [ ]  Ja, weshalb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Entbindung? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

 [ ]  Keine

 [ ]  Schulterdystokie

 [ ]  Unterzuckerung

 [ ]  sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Fehlbildungen? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt? [ ]  Nein [ ]  Ja, warum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist es ein [ ]  Mädchen [ ]  Junge [ ]  divers

Wie groß und wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g

Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Entbindung? Apgar nach 1 Minute \_\_\_\_\_\_\_\_

 Apgar nach 5 Minuten \_\_\_\_\_\_\_\_

 Apgar nach 10 Minuten \_\_\_\_\_\_\_\_

Welcher PH-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stillen Sie? [ ]  Ja [ ]  Ja und füttere zu

 [ ]  Nein [ ]  Nein, habe abgestillt

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt?

 [ ]  Nein [ ]  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viel Insulin spritzen Sie zurzeit pro Tag? Insulin 1: \_\_\_\_\_\_\_\_Einheiten pro Tag

 Insulin 2: \_\_\_\_\_\_\_\_Einheiten pro Tag

 [ ]  Ich spritze kein Insulin

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Befindlichkeitsbogen (EPDS)

So fühlte ich mich während der letzten Woche:

(Scores in Klammer)

**1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:**

Genauso oft wie früher ☐n 0

Nicht ganz so oft wie früher ☐n 1

Eher weniger als früher n ☐n 2

Überhaupt nie n ☐n 3

**2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:**

So oft wie früher n ☐n 0

Eher weniger als früher ☐n 1

Viel seltener als früher n ☐n 2

Fast gar nicht n ☐n 3

**3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:**

Ja, sehr oft ☐n 3

Ja, manchmal ☐n 2

Nicht sehr oft ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:**

Nein, nie ☐n 0

Ganz selten n ☐n 1

Ja, manchmal n ☐n 2

Ja, sehr oft ☐n 3

**5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:**

Ja, ziemlich oft n ☐n 3

Ja, manchmal n ☐n 2

Nein, fast nie n ☐n 1

Nein, überhaupt nie n ☐n 0

**6. Mir ist alles zu viel geworden:**

Ja, ich wusste mir überhaupt nicht
mehr zu helfen n ☐n 3

Ja, ich wusste mir manchmal
überhaupt nicht mehr zu helfen ☐n 2

Nein, ich wusste mir meistens
zu helfen ☐n 1

Nein, ich konnte alles so gut wie
immer bewältigen n ☐n 0

**7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:**

Ja, fast immer n ☐n 3

Ja, manchmal ☐n 2

Nein, nicht sehr oft n ☐n 1

Nein, nie ☐n 0

**8. Ich war traurig und fühlte mich elend:**

Ja, sehr oft ☐n 3

Ja, ziemlich oft n ☐n 2

Nein, nicht sehr oft n ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:**

Ja, sehr oft n ☐n 3

Ja, ziemlich oft n ☐n 2

Nur manchmal n ☐n 1

Nein, nie ☐n 0

**10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:**

Ja, oft n ☐n 3

Manchmal n ☐n 2

Selten ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**Gesamtscore: \_\_\_\_\_\_\_**

0 - 9 ☐

10 - 12 ☐

>12 ☐