

Datum _____

T1 & T2 postpartum questionnaire:

Please answer a few questions as best you can.

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

Do you have the delivery report, maternity logbook and/or yellow child booklet with you? No Yes

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

When did you give birth to your child? _____

Wann haben Sie geboren?

In which hospital did you give birth? _____

In welcher Klinik haben Sie geboren?

Was labor induced? No Yes

Wurde die Geburt eingeleitet? Nein, Ja

Was a normal vaginal birth possible? No Yes

War eine normale vaginale Geburt möglich? Nein Ja

Was a forceps delivery or vacuum extraction necessary? No Yes

War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig? Nein Ja

Was a cesarean section necessary? No Yes, why:

War ein Kaiserschnitt nötig? Nein Ja, weshalb:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes | <input type="checkbox"/> Estimated weight of the child over 4000g
Geschätztes Gewicht des Kindes über 4000g |
| <input type="checkbox"/> Labor arrest
Geburtsstillstand | <input type="checkbox"/> Frustrating induction
Frustrane Einleitung |
| <input type="checkbox"/> Desired Caesarean section
Wunsch Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Complications in the mother
Komplikationen bei der Mutter |
| <input type="checkbox"/> Repeated Caesarean section
Erneuter Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Complications in the child
Komplikationen beim Kind |
| <input type="checkbox"/> Unfavorable position of the child in the pelvis
Ungünstige Lage des Kindes im Becken | <input type="checkbox"/> Multiple births
Mehrlinge |
| <input type="checkbox"/> altered heart sounds in the child
veränderte Herztöne beim Kind | |
| <input type="checkbox"/> I don't know of any reason
Mir ist kein Grund bekannt | <input type="checkbox"/> Other _____
Sonstige |

Did you experience any complications during delivery? No Yes, which ones:

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Geburt? Nein Ja, welche:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia <10g/dl
Blutarmut (Anämie) <10g/dl | <input type="checkbox"/> Deep vein thrombosis
Beinvenenthrombose |
| <input type="checkbox"/> Bleeding >1000ml
Blutung >1000ml | <input type="checkbox"/> Perineal tear grade 3-4
Dammriss Grad 3-4 |
| <input type="checkbox"/> Fever
Fieber | <input type="checkbox"/> HELLP syndrome
HELLP-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Uterine rupture
Gebärmutterriss (Uterusruptur) | <input type="checkbox"/> Uterine surgery (hysterectomy)
Gebärmutteroperation (Hysterektomie) |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular complications
Herz-Kreislauf-Komplikationen | <input type="checkbox"/> Pulmonary embolism
Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Preeclampsia |

Lungenentzündung (Pneumonie)

Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)

Severe pregnancy poisoning (eclampsia)

Schwere Schwangerschaftsvergiftung (Eklampsie)

Blood poisoning (sepsis)

Blutvergiftung (Sepsis)

Wound healing disorder/infection

Wundheilungsstörung/-infektion

Other _____

(Sonstige)

Does or did your child have health problems?

Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

None

Keine

Shoulder dystocia

Schulterdystokie

Hypoglycemia, if yes: did your child require an infusion of glucose/sugar? No Yes

Unterzuckerung, wenn ja: benötigte Ihr Kind eine Infusion mit Glukose/Zucker?

Nein Ja

Breathing problems

Atemprobleme

Other _____

Sonstige:

Does your child have any malformations? No Yes, which ones: _____

Hat Ihr Kind Fehlbildungen?

Nein

Ja, welche:

Has your child been transferred to the neonatal unit? No Yes, why?

Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt?

Nein

Ja, warum:

Is it a girl boy unspecified

Ist es ein Mädchen

Junge

unbestimmt

How tall was your child at birth? _____ cm

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? cm

How heavy was your child at birth? _____ g

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? g

What Apgar score did your child have after birth?

Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Geburt?

• Apgar after 1 minute _____

Apgar nach 1 Minute

• Apgar after 5 minutes _____

Apgar nach 5 Minuten

• Apgar after 10 minutes _____

Apgar nach 10 Minuten

What pH value was measured in the umbilical cord blood? _____ don't know

Welcher pH-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen?

weiß nicht

Are you breastfeeding? Yes, I am fully breastfeeding

Stillen Sie?

Ja, ich stille voll

No, I have already stopped breastfeeding

Nein, ich habe schon abgestillt

Yes, I breastfeed and supplement

Ja, ich stille und füttere zu

No, I have not breastfed

Nein, ich habe nicht gestillt

Are you taking any medication? No Yes, which: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja, welche:

Are you still suffering from any discomfort from childbirth? No Yes, which ones:

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt?

Nein Ja, welche:

Do you have any requests or comments for the consultation?

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung?
