

Inhaltsverzeichnis

Seite 3	Personalien (für Schwangerschaftskontrollen u. Geburt mit Hebamme) <i>Deckblatt 1</i>
Seite 4	Bedürfnisanamnese
Seite 5	Familien- und persönliche Anamnese
Seite 6	Schwangerschaftsverlauf
Seite 7	Schwangerschaftskontrollen
Seite 8	Bemerkungen zu Schwangerschaftskontrollen
Seite 9	Geburtsverlauf; Erstbefund und Bericht
Seite 10	Zusatzblatt Geburtsverlauf, Stillberatung usw.
Seite 11	Partogramm
Seite 12	Geburtsbericht Mutter
Seite 13	Verlegung Spital
Seite 15	Geburtsbericht Kind
Seite 16	Neugeborenenstatus
Seite 17	Überwachungsblatt für Neugeborene
Seite 19	Personalien (Kurzversion bei Wochenbett und Stillberatung) <i>Deckblatt 2</i>
Seite 20	Geburt, Bemerkungen (Wünsche und Absprachen)
Seite 21	Wochenbettverlauf Mutter
Seite 22	Wochenbettverlauf Kind
Seite 23	Nachkontrolle
Seite 25	Geburts- und Entlassungsbericht der Mutter
Seite 26	Entlassungsbericht des Kindes
Seite 27	Stillberatung
Seite 28	Zusatzblatt Stillberatung
Seite 29	Abschlussbericht an weiterbetreuende Ärztin/Arzt
Seite 31	Entlassungsbericht für die nachbetreuende Hebamme, Wöchnerin mit sterbendem Kind oder nach perinatalem Kindstod
Seite 35	Informationsblatt «Bedürfnisanamnese»

Hebamme:

Personalien

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Name und Vorname Kind:

Geburtsdatum Kind:

Adresse, Telefon, Email:

Km-Zahl (hin):

Nationalität

Kostenträger

Lebensform:

 Partnerschaft/Ehe keine Partnerschaft

Partner:

Beruf der Frau:

 Kein Beruf/Anlehre < 2 Jahre Höhere Fachausbildung

 2- bis 4-jährige Berufslehre
Arbeitstätigkeit vor der Geburt: Nein
 Ja zu 100% Teilzeit
Beendigung der Berufstätigkeit: Zeitpunkt bekannt in
 SSW mit ärztl. Zeugnis Zeitpunkt unbekannt

Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach der Geburt:

 Wiederaufnahme geplant/Zeitpunkt unbekannt

 Zeitpunkt bekannt Wochen nach der Geburt

 Wiederaufnahme nicht geplant Unbekannt

Geplanter Geburtsort/Gebärwunsch:

 Zu Hause Geburtshaus
 Im Spital und/oder mit Beleghebamme

Geburtsort, Telefon, Datum Anmeldung:

Geburtsvorbereitungskurs besucht:

 Ja Nein Unklar

Konsultation andere Hebamme:

 Ja Nein Unklar

Ärztin/Arzt:

Kinderärztin/Arzt:

Definitiver Geburtstermin:

Grav.:

Para.:

Betreuungsbeginn:

Betreuungsende:

Besonderheiten:

Einverständniserklärung:

Ich bin einverstanden, dass Daten aus diesem Geburtshilflichen Dossier in anonymisierter Form für statistische Zwecke weitergegeben werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Terminabklärung

LP:	Zyklus:	Konzeption:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Errechneter Termin:	US-korr. Termin:	Definitiver Termin:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laborkontrollen ärztl. verordnet (Datum der Abnahme und Ergebnisse siehe Kopien Laborblätter)

Serologie	Datum		Datum		Datum	Bakteriologie	Datum
Röteln		Toxoplasmose 1. Test		Hepatitis B		Gonorrhoe/Chlamydien	
HIV		Toxoplasmose 2. Test		Hepatitis C		Strepto B	
Lues		Toxoplasmose 3. Test					
Rh AK		Rhesusprophylaxe					
Rh AK		Rhesusprophylaxe					

Pränataldiagnostik

Untersuchung	Datum	SSW	Ergebnis <small>(siehe Kopie Arztbericht)</small>
US 1			
US 2			
US 3			

Besonderes: Gespräche, Beratungen, Therapien

Angewandte komplementärmedizinische Methoden:

Prävention:

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabak | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Gewalt | <input type="checkbox"/> Beratung Geburt |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> vorz. Wehen | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Vorb. Damm | <input type="checkbox"/> soz. Situation | <input type="checkbox"/> Verhütung/Sexualität |

Pathologischer Verlauf: Hospitalisation whd. SS:

Überweisung an Fachperson/-en:

Schwangerschaftskontrollen

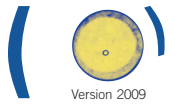
Name/ET



Kontrolle / Datum	1	2	3	4	5	6	7
SSW							
Gewicht							
Bauchumfang/Funduslänge							
Kindslage							
Fetale HF							
Kindsbewegungen							
Blutdruck							
Urin: Eiweiss, Zucker	E	Z	E	Z	E	Z	E
Ödeme							
Krampfadern							
Hämoglobin							
Vaginalbefund: Portio Muttermund VGT							
Besonderes Beschwerden/vorz. Wehen							
Diagnostische und Therapeutische Massnahmen/Labor/CTG							
Nächster Termin:							
Unterschrift:							

Bemerkungen zu den SS-Kontrolluntersuchungen

(subjektives Befinden, psychische Verfassung,
soziale Probleme, Massnahmen, Absprachen)

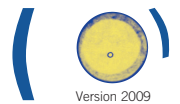


Name _____

Kontrolle 1	Datum:
Kontrolle 2	Datum:
Kontrolle 3	Datum:
Kontrolle 4	Datum:
Kontrolle 5	Datum:
Kontrolle 6	Datum:
Kontrolle 7	Datum:
	Datum:

Geburtsbericht Mutter

Datum/Name



Geburtsort: _____ Anwesenheit des Vaters: Ja Nein

Blasensprung: Datum/Zeit Spontan Künstlich frühzeitig rechtzeitig

FW-Farbe BS: Klar Mek.haltig Unbekannt **FHF-Ko:** Dopton CTG Andere

FW-Farbe Geb.: Klar Mek.haltig

Geburtsdauer: Blasenspr.-Geburt h./Min. Eröffnungsphase (1-10 cm) h./Min. Austreibungsphase (10 cm-Geb) h./Min. Nachgeburtsphase h./Min.

Wehenbeginn regelmässig: Zeit Datum VGT sichtbar Anzahl Presswehen

Geburtsstellung: Rückenlage Seitenlage Sitzend Stehend Vierfüssler Anderes

Geburtsmodus: Spontan Wassergeburt Ja Nein

Ärztliche Intervention während des Geburtsverlaufs: Ja Nein

Forceps Vakuum Sectio Caesarea PDA Episiotomie Manuelle Lösung Anderes

Geburt Datum: Zeit: SS-Woche und Tage:

Plazenta: Zeit Plazenta vollständig Eihäute vollständig Abweichungen Plazentarperiode Aktiv Passiv Manuelle Lösung

Nabelschnur: Abnabelung NS-Umschlingung Besonderes 3 Gefässe Ja Nein

Zeit

Blutverlust ml:

Damm: Intakt Labienverletzung Naht durch: Anästhesie: Dammriss Labienriss Hebamme Spray Grad Vaginalriss Arzt/Ärztin Gel Episiotomie Infiltration

Geburtsverlauf: Physiologisch Pathologisch

Medikamente/Arzneien/Bemerkungen:

Notfalltherapie durch Hebamme: Ja Nein **Verlegung der Mutter nach der Geburt:** Ja Nein

Abschlussstatus der Wöchnerin

Zeit post partum: **BD:** **P:** **Temp:**

Uterus: **Blutung:** **Urin:**

Bemerkungen:

Präsenz von:

Hebamme: Unterschrift/Stempel bis

2. Hebamme bis

Ärztin/Arzt: Unterschrift bis

Name, Vorname Kind:

Geburtsdatum und Geburtszeit:

Geschlecht: Männlich Weiblich

Gestationsalter:

 Wochen/Tage

Lage b. Geb.:

Gewicht:

 g

Grösse:

 cm

Kopfumfang:

 cm

Temp:

 °C

Blutzucker:

 mmol

Blutgruppe + Rh

Coombs

Erstes Anlegen an die Brust:

- Innerhalb 1 Std. nach Geburt
 Später Nie

Vitamin K: Ja Nein

Mekonium: Ja Nein
 Miktion: Ja Nein

Apgar	0	1	2	1 Min.	5 Min.	10 Min.
Hautfarbe	Blau oder weiss	Stamm rosig Extr. Blau	rosig			
Atmung	Keine	Schnapp- atmung unregelmässig	regel- mässig kräftig			
Tonus	schlaff	mittel, träg Flexionsbew.	gut, spon. Bewe- gung			
Reflexe	keine	«Grimassen»	Husten oder Niesen			
Herz- frequenz	keine	unter 100	über 100			
TOTAL						

- Absaugen:** Ja Nein
Reanimation: Ja Nein
 O₂ mit Ventilation
 O₂ ohne Ventilation
Pathologie pp: Ja Nein
Verlegung: Ja Nein
- ANS
 Infekt
 Fehlbildung
 Hypoglykämie
 Anderes
- Ärztliche Intervention:** Ja Nein

Besonderes/Fehlbildungen:

Postnatale Adaptation

Zeit: Atemfrequenz: Herzfrequenz: Temperatur:

- Abnorme Haltung:** Ja Nein
Abnorme Spontanbewegungen: Ja Nein
Tonus normal: Ja Nein
- Mororeflex vorhanden:** Ja Nein
Greifreflex vorhanden: Ja Nein
Ikterus: Ja Nein

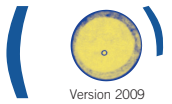
Kommentare und Entscheidungen:

Unterschrift Hebamme

Neugeborenenstatus

Mutter _____

Kind _____



Datum:

Lebentag:

Befund normal

Befund pathologisch

Nicht untersucht

Zeit					
Blässe			Klavikulafraktur		Abdomen
Zyanose			Ob. Extremitäten		Leber
Ikterus			Unt. Extremitäten		Milz
Exanthem			Sym. Gesässfalten		Nieren
Petechien			Schiefhals		Nabel
Verletzungen			Wirbelsäule		Hernien
Schuppung					Genitalorgane
Waschfrauenhände			Atemfrequenz		Damm
Mekoniumimprägation			Einziehungen		
Ödeme			Stöhnen		Verhalten
Hämangiome			Nasenflügel		Haltung
			Atemgeräusche		Bewegungen
Kopfumfang, cm			Herzfrequenz		Paresen
Kephalhämatom			Herzimpuls		Tremor
Geburtsgeschwulst			Herztöne		Tonus: ob. Extremitäten
Fontanelle, Nähte			Herzgeräusch		Tonus: unt. Extremitäten
Augen			Femoralispulse		Tonus: axial
Fazialisparese			Mikrozirkulation		Saugreflex
Ohren					Moro
Nase					Schrei
Mund, Kiefer					Visueller Kontakt

Fehlbildungen:

Bemerkungen:

Kontrolle in

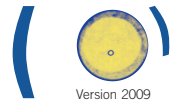
Wochen bei

Hebamme:

Datum/Stempel/Unterschrift

Kinderarzt/-ärztin:

Überwachungsblatt für Neugeborene



Personalien Eltern

Name, Vorname der Mutter:

Geburtsdatum:

Name, Vorname des Vaters:

Adresse, Telefon/Handy:

Schwangerschaft

Grav.:

Para.:

Serologie: s. Mutterschaftspass/Laborkopien

Blutgruppe/Rh-faktor/AK:

Strepto B:

Toxo:

Röteln:

CMV:

Varicellen:

HIV:

Hepatitis B/C:

Anamnese/Besonderes:

Geburt

Geburtsdatum/-zeit:

SSW:

Kindslage:

Blasensprung: Datum/Zeit:

Fruchtwasser:

Herztöne:

Plazenta:

Nabelschnur:

Fieber sub partu:

Medikamente:

Kind

Name, Vorname:

männlich

weiblich

Gewicht:

 g

Länge:

 cm

Kopfumfang:

 cm

Apgar Score:

 / /

Vitamin K erhalten:

Ja

Nein

Nabelschnurblut (Coombs) angenommen:

Ja

Nein

Beobachtungen/Besonderes:

Hebamme:

Personalien (Kurzversion bei Wochenbett und Stillberatung)

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Name und Vorname Kind:

Geburtsdatum Kind:

Adresse, Telefon, Email:

Km-Zahl (hin):

Nationalität

Kostenträger

Lebensform:

 Partnerschaft/Ehe keine Partnerschaft

Partner:

Beruf der Frau:

 Kein Beruf/Anlehre < 2 Jahre Höhere Fachausbildung

 2- bis 4-jährige Berufslehre

 Ja zu 100% Teilzeit

 SSW mit ärztl. Zeugnis Zeitpunkt unbekannt
Arbeitstätigkeit vor der Geburt: NeinBeendigung der Berufstätigkeit: Zeitpunkt bekannt in
 Zeitpunkt bekannt Wochen nach der Geburt

Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach der Geburt:

 Wiederaufnahme geplant/Zeitpunkt unbekannt

 Wiederaufnahme nicht geplant Unbekannt

Geplanter Geburtsort/Gebärwunsch:

 Zu Hause Geburtshaus
 Im Spital und/oder mit Beleghebamme

Geburtsort, Telefon, Datum Anmeldung:

Geburtsvorbereitungskurs besucht:

 Ja Nein Unklar

Konsultation andere Hebamme:

 Ja Nein Unklar

Ärztin/Arzt:

Kinderärztin/Arzt:

Behandlungsbeginn:

Behandlungsende:

Schwangerschaft

 Grav: Para: LP: ET: Def. Geburtstermin: Blutgruppe/RH: Rhesusprophylaxe:

 Ja Nein

Kurzanamnese und Besonderheiten Schwangerschaftsverlauf: (z. B. Allergien usw.)

Einverständniserklärung:

Ich bin einverstanden, dass Daten aus diesem Geburtshilflichen Dossier in anonymisierter Form für statistische Zwecke weitergegeben werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Datum: Wochen p.p.: Unterschrift der Hebamme: **Gespräch über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:**

Anamnese der momentanen Situation

Körperliche Befindlichkeit:

Zufriedenheit/Überforderung:

Kind/Schlaf:

Stillen/Brust:

Ernährung/Tabak/Suchtmittel/Medikamente:

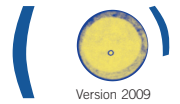
Untersuchungen

BD: P: Gewicht: Urin: Hb: Damm / Naht / Narbe: **Blutung, Uterus- und Zervixrückbildung:****Beckenbodenzustand/Hämorrhoiden:****Brust:**

Beratung

Ernährung Kind, Partnerschaft und Sexualität, Empfängnisregelung, psychosoziale Situation, Arbeit und Beruf:

Geburts- und Entlassungsbericht der Mutter



amb. Geburt Entlassung innerhalb 72 Std. Psychosoz. Indikation ärztl. verordnete Nachbetreuung

Von:
(Spital/Geburtshaus)

Austrittsdatum:

Einweisende Ärztin/Arzt:

Personalien

Name der Mutter: **Geb.-Datum:**

Adresse, Telefon:

Kostenträger:

Kurzanamnese

Allergien/Status nach:

Geburt

Geburtsdatum: **Geburtszeit:** **Placenta:**

PDA: Ja Nein **Damm:** **Blutverlust:**

Geburtsmodus: Spontan Vakuum Forceps Sectio

Besonderheiten Geburtsverlauf:

Medikamente a.p.:
Medikamente p.p.:

Bei ambulanter Geburt: Allgemeinzustand der Mutter post partum

Temperatur: **Puls:** **Blutdruck:** **Urin gelöst:** Ja Nein

Blutgruppe/Rhesusfaktor: **Rhesusprophylaxe:** Ja Nein **Uterus:** **Blutung:**

Medikamente/Bemerkungen:

Datum, Unterschrift:

Nach stationärem Aufenthalt

Temperatur: **Puls:** **Blutdruck:**

Uterus: **Lochien:**

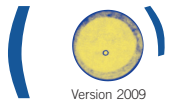
Nahtpflege mit: **Brustpflege mit:**

Medikamente:

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift:

Entlassungsbericht des Kindes bei ambulanter Geburt



Datum

Name, Vorname der Mutter:	<input type="text"/>		
Name, Vorname des Kindes:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
Geburtsdatum und Zeit:	<input type="text"/> SSW: <input type="text"/>		
Gewicht:	<input type="text"/> g	Grösse:	<input type="text"/> cm
Ph a:	<input type="text"/>	Ph v:	<input type="text"/>
AF:	<input type="text"/>	KU:	<input type="text"/> cm
Blutgruppe Rh:	<input type="text"/>	Temp.:	<input type="text"/>
Angesetzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Glucose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamente/ Besonderheiten:	<input type="text"/>		
Kinderärztin/Arzt:	<input type="text"/>		
		Vit. K.:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		PKU:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Coombs:	<input type="text"/>
		Urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Mekoniumabgang	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		HF:	<input type="text"/>
		Apgar Score:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Nach stationärem Aufenthalt

Tage p.p.:	<input type="text"/>	Entlassungsgewicht:	<input type="text"/> g	Temperatur:	<input type="text"/> °C
Bilirubin kapillär am:	<input type="text"/>	Bilirubin transcutan am:	<input type="text"/>	Gestillt:	<input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nicht
Wünsche der Mutter bezüglich Stillen, Stillprobleme:					
<input type="text"/>					
Zusatznahrung:					
<input type="text"/>					
Nabelpflege mit:					
<input type="text"/>					
Medikamente:					
<input type="text"/>					
Bemerkungen:					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Datum, Unterschrift:					
<input type="text"/>					

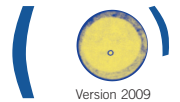
Wochenbettbetreuung durch die freipraktizierende Hebamme

Name:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Abschlussbericht

an die weiterbetreuende Ärztin/den Arzt

Hebamme:



Personalien

Name der Mutter:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>				
Telefon:	<input type="text"/>	Betreuung von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

Geburt

Geburtsort:	<input type="text"/>	Grav./Para.:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtszeit:	<input type="text"/>	SSW:	<input type="text"/>
Dauer EP:	<input type="text"/>	Dauer AP:	<input type="text"/>	Blasensprung:	<input type="text"/>
Fruchtwasser:	<input type="text"/>	Herztöne:	<input type="text"/>	Geburtsmodus:	<input type="text"/>
Damm:	<input type="text"/>	Plazenta:	<input type="text"/>	Blutverlust:	<input type="text"/>
BG + Rh:	<input type="text"/>	Rhesusprophylaxe:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Bemerkungen:

Mutter

Uterusrückbildung:	<input type="text"/>	Lochien:	<input type="text"/>	Brüste:	<input type="text"/>
Dammriss/Labien/Vagina:	<input type="text"/>	Wochenbettverlauf Probleme:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Bemerkungen:

Kind

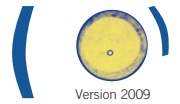
Name	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich							
Lage:	<input type="text"/>	Apgar Score:	<input type="text"/>	Adaptation:	<input type="text"/>				
Geburtsgew.:	<input type="text"/> g	Gewicht am	<input type="text"/>	Lebenstag:	<input type="text"/> tag	Länge bei Geburt:	<input type="text"/> cm	KU:	<input type="text"/> cm
PKU-Test:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vitamin K:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gestillt:	<input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein				

Bemerkungen (z. B. Nabel, Ernährung):

Datum, Unterschrift:

Entlassungsbericht

für die nachbetreuende Hebamme,
Wöchnerin mit sterbendem Kind oder nach perinatalem Kindstod



Von Spital/Geburtshaus:

Bezugsperson für Rückfragen (Name/Tel.):

Name und Vorname Mutter:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Nationalität: CH Andere

Name Partner:

Nationalität: CH Andere

Sprache

(evtl. DolmetscherIn):

Kultur/Religion:

Kind: Name, Vorname, Geschlecht

Geburtsdatum:

Geburtszeit:

Gewicht:

Länge:

Todestag, Todeszeit:

Meldepflichtig? Ja Nein

Verlaufsbericht

- Schwangerschaft (Pränataldiagnostik, Komplikationen):

- Geburt (Modus, Prozedere, Anästhesie, Medikamente):

- Geburtsverletzungen:

Blutverlust:

Plazentarperiode:

• Kind

Diagnose:

Verlauf:

Kontakt Eltern – Kind:

• **Frühwochenbett Mutter** (Verlauf, Medikamente):

BG Mutter:

--

Rhesusprophylaxe:

--

Kontroll HbF:

--

Laktation:

--

• **Austrittsstatus der Mutter**

Kreislauf:

--

Uterus/Blutung:

--

Geburtsverletzungen:

--

Brüste:

--

Medikamente:

--

Wichtige Laborbefunde:

--

Psychische Verfassung der Mutter:

Vater:

evtl. Geschwister:

Soziales Umfeld:

Sterbendes Kind

Mit Mutter nach Hause:

--

Palliativpflege (Wärme, Ernährung, Schmerztherapie, evtl. Sauerstoff, spezielle Pflege):

Fachliche Bezugspersonen/Unterstützung (KinderärztIn, HausärztIn, Kinderspitem):

Kind bleibt im Spital: Abteilung/Bezugsperson für Rückfragen (Name, Tel.):

--

Wo befindet sich das Kind bei Spitalaustritt der Mutter?:

Gestaltung, Zeit mit Kind (Andenken, Taufe, Angehörige):

Pathologie:

Bestattung: Gestaltung durch die Familie und/oder Bestattungsinstitut:

Bemerkungen:

Weitere involvierte Fachpersonen (Seelsorge, Trauerbegleitung, Mütter-Väterberatung, TherapeutIn):

Informationsmaterial abgegeben:

Selbsthilfegruppe Trauerbegleitung spez. Rückbildungskurs Literatur

• Geplante Nachbetreuung

Nachgespräch im Spital:

Seelsorge:

Besprechung Pathologiebericht:

Nachkontrolle:

Weiteres:

• Zeugnisse/Verordnungen/weitere Beilagen

AUF Mutter:

AUF Vater:

Ärztliche Verordnung für die Nachbetreuung durch Hebammen Laborbefunde

Geburtsprotokoll

Datum, Zeit, Unterschrift:

In der Bedürfnisanamnese werden die Gefühle, Wünsche und Ängste der Frau bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Mutterrolle erfasst. Dabei spielen auch ihre Aktivitäten im täglichen Leben, ihre Gewohnheiten, ihr persönliches Gesundheitsverständnis, ihre Familiensituation und ihr Umgang mit Problemen oder Krisen eine grosse Rolle.

Die folgenden Fragen sind als **Beispiele** gedacht, die situationsabhängig eingesetzt und abgewandelt werden können:

- Was beschäftigt Sie am meisten?
- Was hilft Ihnen bei diesem Problem?
- Welche Ziele sind Ihnen besonders wichtig?
- Wie geht's mit ihrer Familie/ihrem Partner?
- Welche Wünsche/Erwartungen haben Sie an die Hebamme in Bezug auf die Betreuung?
- Was hilft Ihnen bei der Bewältigung der bevorstehenden Geburt?
- Wie verliefen Ihre früheren Geburten aus Ihrer Sicht?
- Mit einem (weiteren) Kind wird sich in Ihrer Familie einiges verändern, Welche Gedanken/Gefühle löst das bei Ihnen aus?
- Sie (und Ihr Partner) übernehmen eine ganz neue Rolle als Eltern: Wie geht es Ihnen bei dieser Vorstellung, gibt es Dinge, über die Sie sich Gedanken machen?

Fragen nach den **Aktivitäten des täglichen Lebens** beinhalten Essverhalten, Flüssigkeitsbedarf, Ausscheidungen, Sport und Ruhephasen, aber auch Gefühle und Wissensbedarf zum Thema «Mutter werden».