

Fragebogen zur Geburt und Schwangerschaft

Name (Baby/Kind): _____
Matricule (Luxembourg): _____
Adresse: _____

Tel. Handy: _____
Email: _____
Geburtstag (Baby/Kind): _____

1 Konsultationsgrund (Warum kommen Sie)?

2 Schwangerschaft

Anzahl:

- Gravida (Schwangerschaften, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft usw.): _____
 - Para (Geburten): ____ Alter: 1. Kind ____ NG/KS 2. Kind ____ NG/KS
3. Kind ____ NG/KS 4. Kind ____ NG/KS
- NG - Natürliche Geburt oder
KS - Kaiserschnitt bitte entsprechendes ankreuzen

Natürliche Schwangerschaft oder In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI): _____

Hatten Sie in der Schwangerschaft:

- Blutdruck Problem ja / nein
- Diabetes ja / nein
- Rückenschmerzen ja / nein
- Sodbrennen ja / nein
- Sonstiges _____

Hat Ihr Baby längere Zeit (über 8wo) mit dem Kopf oben gelegen? ja / nein

Hat der Gynäkologe Sie mal in der Schwangerschaft beunruhigt? ja / nein

3 Die Geburt:

Entbindung in der ____ Woche Gewicht: _____ g

Apgar Wert: ____ / ____ / ____

- Wie ging es los?
- Blasensprung _____
 - Kontraktionen (Wehen) _____

Kaiserschnitt: ja / nein

Warum wurde ein Kaiserschnitt empfohlen oder wollten Sie einen?

Hat ihr Kind mit dem Kopf oben gelegen ? ja / nein

Waren die Füße wie ein Klappmesser / Angehockt / oder eins gestreckt anderes gebeugt? _____

Wurde die Geburt eingeleitet? ja / nein PDA: ja / nein
cm / Uhrzeit

Wie weit war der Muttermund geöffnet bei der erst Untersuchung ___ / _____

Wann war der Muttermund ganz geöffnet? _____

Wann ist ihr Baby geboren? _____

Hatte ihr Baby die Nabelschnur Umschlungen? ja / nein

Hat der Pädiater bei der erst Untersuchung ihres Babys, was festgestellt? ja / nein

Bekommt ihr Baby die Brust oder Flasche? _____

Hat ihr Baby Bauchschmerzen? ja / nein Wie machen sich dies bemerkbar?

Schreit ihr Baby am Tag, am Abend und in der Nacht mehrere Stunden? ja / nein

Überstreckt sich ihr Baby viel nach hinten? ja / nein

Spuckt ihr Baby mehr als 15 mal am Tag Milch wieder raus? ja / nein

Bevorzugt ihr Kind beim Stillen eine Seite? ja / nein

Wenn ihr Baby in Rückenlage liegt/schläft, liegt es dann mal mit den Wangen rechts und links auf und kann auf beide Seiten 30 min liegen bleiben? ja / nein

!!! Bitte darauf achten, da sonst sich das Köpfchen in der Nacht abflacht !!!

Ist das Köpfchen ihres Babys abgeflacht oder Asymmetrisch? ja / nein

Direkt nach der Geburt? ja / nein

Erst später aufgefallen? ja / nein

Haben Sie schon ein Kind, dass Probleme mit einer Abflachung hatte? ja / nein

Können Sie ihr Baby, wenn es wach ist für 5min auf den Bauch legen? ja / nein

Können Sie ihr Baby auch mal ablegen oder müssen Sie es die ganze Zeit tragen? ja / nein

Haben Sie, dass Gefühl das ihrem Baby, was weh tut? ja / nein

