



Patientenaufkleber

Entbindung am	_____ um _____ Uhr
Per Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>
Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kind	Ziffer Mutterpass			Nicht beurteilbar
Geburtsgewicht: _____ g < 10 Perzentile?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Mehrlingsgeburt:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Aufnahme auf der Neonatologie/ NeolTS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

Mutter	Ziffer			Nicht beurteilbar
Wie alt sind Sie?	(13)	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben in Ihrem Haushalt mehr als 4 Kinder? (inklusive Ihres neugeborenen Kindes)	(15)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsvorsorgen: Beginn der Untersuchungen nach der 20. SSW weniger als 5 durchgeführte Untersuchungen bei Geburt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	(29)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	(29)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Abhängigkeitserkrankung / Bemerkungen:		_____		
Wurde bei Ihnen einmal eine psychiatrische Erkrankung festgestellt oder fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet?	(2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familie / Partnerschaft	Ziffer			Nicht beurteilbar
Wie alt ist Ihr Partner bzw. die Bezugsperson des Kindes?		_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt Ihr Partner / die Bezugsperson Alkohol?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Partner / die Bezugsperson Drogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Abhängigkeitserkrankung / Bemerkungen:		_____		
Wurde einmal eine psychiatrische Erkrankung festgestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheit und Wohlbefinden	Ziffer			Nicht beurteilbar
Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet beispielsweise durch eine ungewollte Schwangerschaft, Gewalt, Konflikte in Ihrer Partnerschaft, in der Bewältigung Ihres Lebensalltages oder werden Sie alleinerziehend sein?	(6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere soziale und wirtschaftliche Belastungen bezüglich z. B. Integration, Sprachkenntnis, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.?	(7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhielten oder erhalten Sie Unterstützung durch Institutionen wie z. B. Jugendamt, gesetzliche Betreuer (nicht Arbeitsamt)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Versorgung des Kindes durch die Behinderung eines Familienmitgliedes beeinträchtigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Eltern wünschen in jedem Fall ein Gespräch nach der Geburt. ja

Datum _____

Unterschrift
Arzt /Ärztin/Hebamme/Pflegefachkraft