

Selbstauskunftsbogen Babylotse

Wir möchten Sie in der Zeit rund um die Geburt gut begleiten und unterstützen. Deshalb bitten wir Sie um eine sorgfältige und leserliche Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Alle Mitarbeiter/-innen unterliegen der Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihr Vertrauen.



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Errechneter Geburtstermin: _____

Beruf: _____ Herkunftsland: _____

Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft? nein ja

Leben Sie alleine? ja nein, mit _____

Wie viele Kinder leben aktuell bei Ihnen? _____

Alter der Kinder: _____

Sprechen Sie deutsch? ja, gut ja, wenig
 nein, welche Sprache(n): _____

Wer kann übersetzen? Name: _____

Telefon: _____

Sind Sie geflüchtet? nein ja

Wenn ja, wo leben Sie? Eigene Wohnung

Unterkunft

Waren Sie in dieser Schwangerschaft berufstätig? nein ja

Schwangerschaften insgesamt: _____

davon: _____ Fehlgeburten _____ Abbrüche

Schwierigkeiten/Komplikationen bei vorangegangenen: Schwangerschaft(en)

Geburten

nein

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie die ärztliche Vorsorge begonnen? _____ SSW

Besondere Beschwerden in dieser Schwangerschaft:

_____ nein ja

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? nein ja

Haben Sie während der Schwangerschaft Drogen genommen? nein ja, welche: _____

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? nein ja _____ Zig./Tag

Bitte wenden

Gibt es soziale / finanzielle Belastungen
(Arbeitslosigkeit, Finanzen, Wohnsituation,
Integration)?

nein ja, durch:

Fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet?

nein ja, durch:

Gibt es psychische (Vor-) Erkrankungen?

nein
 ja: Depression Manien Borderline
 Psychose Angsterkrankungen
 Sonstige: _____

Waren oder sind Sie in psychologischer
oder psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Nehmen Sie deshalb Medikamente?

nein ja

Waren oder sind Sie betroffen von:

Gewalt Missbrauch
 traumatischen Erfahrungen
Wenn ja, wann: _____
 nein

Gibt es psychische Erkrankungen /
Suchterkrankungen in Ihrer Familie?

nein ja

Sind Sie oder ein Familienmitglied
von einer schweren Erkrankung /
Behinderung betroffen?

nein ja, welche: _____

Pflegen Sie Angehörige?

nein ja, _____

Gab oder gibt es Unterstützung durch:

gesetzliche/n Betreuer/in Familienhilfe
 Frühe Hilfen betreutes Wohnen
 Jugendamt
 nein

Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

Berlin, den _____ Unterschrift _____
