

Schatten & Licht e. V.
Sabine Surholt
Obere Weinbergstr. 3
D-86465 WELDEN

FRAGEBOGEN ZUR POSTPARTALEN ERKRANKUNG

Um das Problemfeld der postpartalen Erkrankungen weiter erforschen und zukünftig Betroffenen besser helfen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen an obige Anschrift zurückzusenden.

- Alter zur Zeit der Entbindung: Unter 20 20-25 26-30 31-35 36-40 Über 40
- Familienstand: Alleinerziehend In einer Partnerschaft lebend Verheiratet
- Schulabschluß: Hauptschulabschluß Mittlere Reife Abitur
- Berufsstand: Arbeiterin Angestellte Selbständige
- Angst vor Arbeitsplatzverlust? Ja Nein
- Psychische Erkrankungen in der Familie? Ja Nein
- Psychische Erkrankungen vor der Schwangerschaft? Ja Nein
- Nach welcher Entbindung ist die/eine postpartale Erkrankung aufgetreten? (Mehrfachnennungen möglich) Nach der 1. 2. 3. 4. oder späteren
- Art der Schwangerschaft: Geplant Ungeplant
- Körperliche Probleme in der Schwangerschaft? Ja Nein
- Psychische Probleme in der Schwangerschaft? Ja Nein
- Erleben der Schwangerschaft: Positiv Normal Negativ
- Ort der Entbindung: Krankenhaus Geburtshaus Zuhause Anderer Ort
- Probleme bei der Entbindung? Ja Nein
- Art der Entbindung: Natürliche Geburt Kaiserschnitt
- Erleben der Entbindung: Positiv Normal Negativ
- Erleben des Krankenhausaufenthaltes: Positiv Normal Negativ
- Geschlecht des Kindes: Mädchen Junge
- Körperliche Verfassung des Kindes: Gesund Schreibaby Kränkelnd Behindert Tot

b.w.

- Örtliche Nähe zu den Eltern unter 50 km? Ja Nein
- Wohnortwechsel in zeitlicher Nähe (ca. 1 Jahr) zur Entbindung? Ja Nein
- Belastende Lebensereignisse in zeitlicher Nähe (ca. 1 Jahr) zur Entbindung? Ja Nein
- Beginn der postpartalen Erkrankung: Wievielte Woche nach der Entbindung? _____
- Ende der postpartalen Erkrankung:
 - Ja. Nach welchem Zeitraum? _____
 - Nein. Wie lange schon andauernd? _____
- Hatten Sie vor der Entbindung von möglichen postpartalen Erkrankungen Kenntnis? Ja Nein
- Erhielten Sie eine Progesteron-Prophylaxe? Ja Nein
- Wurde die Diagnose Peripartale Psychische Erkrankung vom Arzt richtig erstellt? Ja Nein
- Symptome (Mehrfachnennungen möglich):
 - Unruhe Müdigkeit Erschöpfung Leeregefühl Traurigkeit Weinen
 - Versagensgefühle Schuldgefühle Desinteresse Beziehungsstörung zum Kind
 - Konzentrationsstörungen Schlafstörungen Appetitlosigkeit
 - Psychosomatische Beschwerden (Herz, Kreislauf, Magen, Darm) Ängste
 - Panikgefühle Wahnvorstellungen Infantizidgedanken Suizidgedanken
- Psychiatrische Behandlung? Nein Ambulant Stationär mit Kind
 - Stationär ohne Kind auf eigenen Wunsch Stationär ohne Kind, weil es keine Möglichkeit gab
- Medikamentöse Behandlung? Nein Ja Dauer: _____ Dosierung: _____
Medikamentenname: _____ Bewertung: Positiv Normal Negativ
- Psychotherapeutische Behandlung? Nein
 - Ja Therapieform: _____ Bewertung: Positiv Normal Negativ
- Körpertherapeutische Behandlung? Nein
 - Ja Therapieform: _____ Bewertung: Positiv Normal Negativ
- Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe? Ja Nein, weil nicht gewollt Nein, weil nicht möglich
- Erleben der Unterstützung durch die Familie: Positiv Normal Negativ
- Erleben der Unterstützung durch den Freundeskreis: Positiv Normal Negativ
- Erleben der Unterstützung durch die Hebammen: Positiv Normal Negativ
- Erleben der Unterstützung durch die Ärzte: Positiv Normal Negativ
- Erleben der Unterstützung durch die Psychologen und Therapeuten:
 - Positiv Normal Negativ Keine Aussage möglich
- Erleben der Unterstützung durch die Selbsthilfegruppe:
 - Positiv Normal Negativ Keine Aussage möglich