



Wir Babylotsinnen 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 Mitarbeitenden unterliegen der Schweigepflicht!

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Name, Vorname	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Telefonnummer	E-Mail Adresse
Geburtsdatum	Voraussichtlicher Geburtstermin

Mein Herkunftsland ist: _____		
Ich spreche deutsch.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Meine Sprache(n): _____		
Wer kann übersetzen? Name: _____ Telefon: _____		
Ich bin in den letzten 5 Jahren aus meinem Heimatland geflüchtet.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Woher? _____		
Ich lebe in einer Gemeinschaftsunterkunft / Wohnheim / Obdachlosenunterkunft.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bei mir leben _____ Kinder (Anzahl). Unter 5 Jahren sind _____ Kinder (Anzahl).		
Meine Kinder sind versorgt, wenn ich im Krankenhaus bin.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich lebe allein mit meinem Kind / meinen Kindern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe nach der Geburt zu Hause Unterstützung.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich rauche.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anzahl Zigaretten pro Tag (aktuell): _____		
Ich trinke Alkohol und/oder nehme andere Drogen.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alkohol: regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Drogen: regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Welche Drogen? _____		
Ich habe eine psychische Erkrankung.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Depression <input type="checkbox"/> PTBS <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/>		
Andere <input type="checkbox"/> : _____		

Ich fühle mich besonders belastet.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durch: Partnerschaftskonflikte <input type="checkbox"/> familiäre Probleme <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/>		
Sonstiges: _____		
Ich habe Sorgen (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durch: _____		
Ich pflege Angehörige.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
täglich <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/>		



Ich habe Erfahrungen mit:

Gewalt traumatischen Erlebnissen Missbrauch

Wann? _____

Ich bekomme praktische Unterstützung durch:

ja

nein

Jugendamt (z.B. Familienhilfe)

gesetzliche Betreuung

Andere Hilfe _____

Ich habe eine Hebamme.

ja

nein

Ich habe einen Kinderarzt / eine Kinderärztin.

ja

nein

Ich wünsche vor meinem Geburtstermin von der Babylotsin kontaktiert zu werden.

ja

Möchten Sie uns etwas Wichtiges mitteilen?

Datum: _____

Unterschrift: _____