

## Vorbereitung für Eltern und Baby

### **Schwangerschafts- und Geburtsgeschichte**

Vorname und Name des Babys:

---

Junge       Mädchen

---

Geburtsdatum:

---

Grösse / Gewicht bei der Geburt:

---

Grösse / Gewicht Aktuell:

---

Art der Geburt:  vaginal    Kaiserschnitt    Andere:

---

Vorname, Name und Geburtsdatum der Mutter:

---

Vorname Name und Geburtsdatum des Vaters:

---

Familiensituation:

unverheiratet, Eltern Leben zusammen    verheiratet, Eltern Leben zusammen  
 getrennt/geschieden    verwitwet

---

Geschwister des Babys  Ja    Nein

Vorname und Name, Alter

---

Vorname und Name, Alter

---

Wo fand die Geburt statt?    Zuhause    Geburtshaus    Spital    Anderer Ort:

---

Wer gehört alles zum unmittelbaren Bezugsfeld des Babys?

- Während der Geburt:

---

- Nach der Geburt:

---

- Jetzt:

---

### **Heutiges Befinden des Babys**

Wie ist der generelle Gesundheitszustand des Babys?

---

### **Grund des Besuches**

Was ist der Hauptgrund für die Konsultation und die Behandlung?

---

Zeigt das Baby irgendwelche Symptome oder ein Verhalten, die wichtig zu erwähnen sind?

---

Wie lange oder in welchen Situationen besteht dieses Verhalten oder Symptome?

---

Wie sind die Schlafgewohnheiten und Muster des Babys?

---

Wird ihr Baby noch gestillt?  Ja  Nein

Wenn ja, wie sind die Stillgewohnheiten heute oder gibt es Schwierigkeiten damit?

---

Findet ein häufiges oder untröstliches Weinen statt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann?

wie lange?

in welchem Zusammenhang?

---

Wie ist die Verdauung?

---

Wurde das Baby geimpft?  Ja  Nein

Wenn Ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Wie hat es darauf reagiert? \_\_\_\_\_

### **Gesundheitszustand der Mutter**

Vor der Schwangerschaft:

\_\_\_\_\_

Während der Schwangerschaft:

\_\_\_\_\_

Während der Geburt:

\_\_\_\_\_

Nach der Geburt:

\_\_\_\_\_

Jetzt:

\_\_\_\_\_

### **Gesundheitszustand des Vaters**

Vor der Schwangerschaft:

\_\_\_\_\_

Während der Schwangerschaft:

\_\_\_\_\_

Während der Geburt:

\_\_\_\_\_

Nach der Geburt:

\_\_\_\_\_

Jetzt:

\_\_\_\_\_

### **Empfängnis und Entdeckung der Schwangerschaft**

War das Baby geplant?  Ja  Nein

War es eine Überraschung?  Ja  Nein

Wie war die Haltung von Mutter und Vater, als sie entdeckt haben, dass ein Baby unterwegs ist?

\_\_\_\_\_

Wie lange nach der Zeugung wurde die Schwangerschaft bemerkt?

---

### **Während der Schwangerschaft**

Wann haben Sie ihr Baby zum ersten Mal bewusst wahrgenommen?

---

Wie würden Sie als Mutter den Verlauf der Schwangerschaft beschreiben?

---

Waren während der Schwangerschaft medizinische Massnahmen nötig?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Medikamente? Bettruhe? Zervixcerclage (ist ein chirurgisch durchgeführter Verschluss des Gebärmutterhalses zur Verhinderung von Frühgeburten)? Andere?

---

Wie war die Vorsorge während der Schwangerschaft?

---

Wie war die Ernährung während der Schwangerschaft?

---

Welche Körperübungen waren hilfreich?

---

Gab es Rückenbeschwerden?  Ja  Nein

Oder andere körperliche Schwierigkeiten?

---

Waren Schwierigkeiten vorhanden wie z.B. Krankheiten (Röteln, Viruserkrankungen), Unfälle, emotionaler Stress, psychische Überbelastung, Umweltbelastung, finanzieller Stress, Todesfall in der Familie, Mangel an Unterstützung, Abwesenheit von wichtigen Bezugspersonen usw.:

---

---

Hat ein Elternteil vorher ein Kind durch eine Fehlgeburt oder sonst verloren?  Ja  Nein  
Wenn ja, kurz Beschreiben:

---

Wie hat die Mutter die Unterstützung während der Schwangerschaft und der Geburt erlebt?

---

War genügend Unterstützung präsent?  Ja  Nein

Was war unterstützend? \_\_\_\_\_

### **Geburtsvorgang**

Zum erreichten Termin  früher, wieviel? \_\_\_\_\_  später, wieviel? \_\_\_\_\_

Kurze Beschreibung der Geburt des Babys:

---

---

Geburtslage:  Hinterhauptlage  Gesichtslage  Steisslage  Andere:

---

Wie lange dauerte sie Geburt?

---

Wurde eingeleitet?  Ja  Nein

---

Wurden zusätzliche Medikamente verabreicht?  Ja  Nein

Wenn ja,  wehen treibende o. wehen hemmende Mittel  Schmerzmittel  Anästhesie

Andere:

---

Waren medizinische Interventionen nötig?  Ja  Nein

Wenn ja,  Fruchtblase sprengen  Dammschnitt  Kaiserschnitt  Saugglocke

Zange  Andere:

---

Wie wurde die Geburt aus der Sicht der Hebamme / der Ärztin beschrieben?

---

Aus der Sicht der Mutter: Wie würden Sie Ihre Erfahrung der Geburt beschreiben?

---

---

War während der Geburt genügend angemessene Unterstützung vorhanden?  Ja  Nein

---

Was war besonders unterstützend und hilfreich?

---

Wie denken Sie, dass ihr Baby seine Geburt beschreiben würde?

---

---

### **Nach der Geburt**

Wie war die Zeit nach der Geburt?

---

---

Mutter und Baby waren:

Zusammen  getrennt  friedlich  gestresst  ruhend  erschöpft

Andres:

---

Wurden medizinische Test oder Untersuchungen gemacht?  Ja  Nein

Wenn ja:

- Wann?
- Welche?

Wurde das Baby nach der Geburt gestillt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal?

---

Gibt es noch etwas, was Sie mir für die Behandlung mitteilen wollen?  Ja  Nein

Wenn ja:

---

---

---

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

- Google  EMR  Cranio Suisse  Weiterempfehlung  Flyer  Schaufenster Bahnhof Stein  
 Hebamme, welche? \_\_\_\_\_  Sonstige: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertretung (wird auf der Rechnung vermerkt)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Informationen

Die Rechnungsstellung erfolgt im Doppel für die Rückforderung bei Ihrer Zusatz- oder Unfallversicherung. Jede Behandlung wird am Ende der Sitzung bar, mit Karte oder TWINT bezahlt. Eine Sitzung dauert 60 – 75 Minuten inkl. Gespräch und wird mit Fr. 138.00 / 60 Minuten verrechnet. Die erste Sitzung dauert wegen des erst Gesprächs ca. 75 – 90 Minuten, die Weiteren in der Regel 60 - 75 Minuten.

Mit diesem ausgefüllten Formular, bereite ich mich auf die Sitzung vor. Ich erlaube mir dafür 15 min zusätzlich in Rechnung zu stellen. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie, mir dies mindestens 24 Stunden vorher zu melden. Bei späterer Abmeldung werden diese, wegen der reservierten Zeit mit 45 Minuten in Rechnung gestellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werden mir relevante Änderungen jeweils mitteilen.

Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die KomplementärTherapeutin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Klienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner KomplementärTherapeutin und mir als Klient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Klienteninformationen werden seitens Cranio Fricktal ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail, Whatsapp, Threema, Signal, Telegramm oder SMS erfolgen. Auch bin ich mit einer Terminerinnerung per SMS einverstanden.

Darf die Rechnung per Mail, als PDF unverschlüsselt versendet werden?

Bei Nein drucke ich Ihnen diese gerne aus.

- Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_