Havelhöhe GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS	**Selbstauskunftsbogen** **Babylotse Berlin**	

Wir Babylotsinnen möchten Sie in der Zeit rund um die Geburt gut begleiten und unterstützen.
Deshalb bitten wir Sie, den Bogen auszufüllen.
Wir unterliegen der Schweigepflicht und danken für Ihr Vertrauen.

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

Bei mir leben _____ Kind(er) (Anzahl). Unter 5 Jahren sind _____ Kinder (Anzahl).		
Meine Kinder sind versorgt, wenn ich im Krankenhaus bin.	ja □	nein □
Ich lebe allein.	ja □	nein □
Ich habe nach der Geburt zu Hause Unterstützung.	ja □	nein □
Ich habe eine Krankenversicherung.	ja □	nein □

Ich fühle mich besonders belastet. Durch: Partnerschaftskonflikte □ familiäre Probleme □ seelisch □ Sonstiges: _____	ja □	nein □
Ich habe Sorgen (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation) Durch: _____	ja □	nein □
Ich pflege Angehörige. täglich □ regelmäßig □ gelegentlich □	ja □	nein □
Ich habe Erfahrungen mit: Gewalt □ traumatischen Erlebnissen □ Missbrauch □ Wann? _____		
Ich fühle mich mit meinem Baby Zuhause sicher.	ja □	nein □

Bitte wenden → → →

Ich spreche deutsch. Meine Sprache(n): _____ Wer kann übersetzen? Name:_____ Telefon: _____	ja □	nein □
Ich bin in den letzten 5 Jahren aus meinem Heimatland geflüchtet. Woher? _____	ja □	nein □
Ich lebe in einer Gemeinschaftsunterkunft / Wohnheim.	ja □	nein □

Ich bekomme praktische Unterstützung. Durch: Jugendamt □ gesetzliche Betreuung □ Familienhilfe □ Andere Stellen _____	ja □	nein □
Ich habe eine Hebamme.	ja □	nein □
Ich habe einen Kinderarzt / eine Kinderärztin.	ja □	nein □

Ich rauche. Anzahl Zigaretten pro Tag (aktuell): _____
Ich trinke Alkohol und/oder nehme andere Drogen. Alkohol: regelmäßig □ gelegentlich □ nie □ Drogen: regelmäßig □ gelegentlich □ nie □ Welche Drogen? _____

Ich habe eine psychische Vorbelastung Depression □ PTBS □ Psychose □ Borderline □ Angststörung □ Andere □ : _____	ja □	nein □
Ich habe eine chronische Erkrankung/ körperliche Vorbelastung _____	ja □	nein □

Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf ja □ nein □

Datum: _____ Unterschrift: _____