

GESUNDHEITSGESPRÄCH - SSW 14-20

Erhebung psychische Belastungen

- Gibt es in der Familie 1. Grades eine psychische Erkrankung?
 - nein ◦ ja ◦ keine Angabe
- Hatten Mutter oder Schwester psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft, bei Geburt oder im Wochenbett?
 - nein ◦ ja ◦ keine Angabe
- Gibt es eine bereits diagnostizierte eigene psychische Erkrankung?
 - nein ◦ ja ◦ keine Angabe

[Wenn ja] Welche?

- ☐ Affektive Störungen (Depression, bipolare Störung, Manie)
- ☐ Angststörungen
- ☐ Suchterkrankungen
- ☐ Psychosen
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sonstiges (Freitext):

PHQ-2: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten:
 - überhaupt nicht ◦ an einzelnen Tagen
 - an mehr als der Hälfte der Tag ◦ beinahe jeden Tag
- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit:
 - überhaupt nicht ◦ an einzelnen Tagen
 - an mehr als der Hälfte der Tag ◦ beinahe jeden Tag

PHQ-2 Punkte

GAD-2: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung:
 - überhaupt nicht ◦ an einzelnen Tagen
 - an mehr als der Hälfte der Tage ◦ beinahe jeden Tag
- Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren:
 - überhaupt nicht ◦ an einzelnen Tagen
 - an mehr als der Hälfte der Tage ◦ beinahe jeden Tag

Erhebung sozioökonomische Belastungen

- Haben Sie genug Geld, um ihren Alltag (Wohnen, Nahrungsmittel, Kleidung, Heizung etc.) finanzieren zu können?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Fühlen Sie sich ausreichend sozial, emotional, etc. durch Partner:in, Familie, Freundinnen/Freunde und/oder Nachbarn unterstützt bzw. haben das Gefühl, dass sie bei Bedarf auf Unterstützung zurückgreifen können? (auch in Hinblick auf die Zeit nach der Geburt):
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Haben Sie Betreuungspflichten, z. B. für weitere Kinder, Angehörige oder Eltern?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Verfügen Sie Ihrer Einschätzung nach über ausreichend Möglichkeiten, etwaige Belastungen bewältigen zu können?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Fühlen Sie sich mit ihrer derzeitigen Lebenssituation manchmal überfordert?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Gibt es etwas in ihrem Leben (z. B. Arbeitssituation, persönliche Beziehungen), das ihnen Sorgen macht / Sie belastet?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben
- Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen?
 - ja ◦ nein ◦ nicht erhoben

Sozialanamnestisches Gespräch

Planen Sie zu stillen? ☐exklusiv/voll ☐teilweise
☐nein ☐nicht erhoben

Raucherin vor der Schwangerschaft: ☐nein ☐ja ☐nicht erhoben

Raucherin seit Bekanntwerden der Schwangerschaft: ☐nein ☐ja

[Wenn ja] Nikotin (Zig./d):

[Wenn ja] Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft (e-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinbeutel): ☐nein ☐ja ☐nicht erhoben

Wie häufig haben Sie bis zum Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol getrunken?

☐nie ☐selten/manchmal ☐ (fast) täglich ☐nicht erhoben

Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

☐nie ☐selten/manchmal ☐ (fast) täglich ☐nicht erhoben

Gibt oder gab es Drogenkonsum? ☐nein ☐ja [Wenn ja]: