



Psychosozialer Anhaltsbogen

Bogen-Nr.:	Entbindung am:
------------	----------------

Kind		
Mehrlingsgeburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verlegung in eine andere Klinik	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Mutter		
Alter der Mutter Jahre	
Anzahl der Kinder im Haushalt (> 4 Kinder)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen:		
Später Beginn der Untersuchungen (nach 20. SSW)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Weniger als 5 durchgeführte Untersuchungen bei Geburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt ein Zigaretten-, Drogen- und/ oder Alkoholkonsum vor? Art der Sucht/ Bemerkungen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine psychiatrische Erkrankung vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vater/Partner		
Alter des Vaters Jahre	
Liegt ein Drogen- und/ oder Alkoholkonsum vor? Art der Sucht/ Bemerkung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine psychiatrische Erkrankung vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Familie		
Liegt in der Familie eine besondere Belastungssituation vor? (z.B. ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in Partnerschaft, Alleinerziehend)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Unterstützung, wenn Sie mit dem Baby nach Hause kommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine besondere soziale und wirtschaftliche Belastung vor? (z.B. Integration, Sprachkenntnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sprache der Familie:		
Gibt es eine zurückliegende/bestehende Anbindung an eine unterstützende Institution? (z.B. Jugendamt, gesetzliche Betreuer, <u>nicht</u> Arbeitsamt)		
Brauchen Sie Hilfestellung beim Ausfüllen von Anträgen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei den Eltern eine Behinderung vor, die sie in der Versorgung des Kindes beeinträchtigt?		
Brauchen Sie Unterstützung im Alltag mit dem Baby?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mutter wünscht Gespräch mit Babylotsin nach Entbindung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>