

# Ihre Schwangerschaft Gesundheitsgeschichte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nach besten Kräften aus. Einige der Fragen können sich schwierig zu beantworten anfühlen oder scheinen nichts mit Ihrem Hauptproblem zu tun zu haben. Das Ziel dieser Gesundheitsgeschichte ist es, Sie und Ihre Lebenserfahrungen ganzheitlich, mitfühlend und als Werkzeug für Bildung zu betrachten.

Name		
Adresse		
Telefon		Geburtsdatum
E-Mail		
Bevorzugtes Pronomen	Geschlecht, das sich derzeit als	Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht
Wie haben Sie von mir und dieser Arbeit erfahren?		
Was erhoffen Sie sich von unserer Zusammenarbeit?		

Die Bauchtherapie ist kein Ersatz für die Behandlung durch Ihren Arzt. Abdominal Therapy Praktiker diagnostizieren keine medizinischen Krankheiten, körperliche oder geistige Zustände. Abdominal Therapy Praktiker verschreiben keine medizinischen Arzneimittel.

Ich habe alle bekannten Bedingungen angegeben und werde meinen Arzt über meine Gesundheit auf dem Laufenden halten. Indem ich unten unterschreibe, bestätige ich, dass alle Informationen, die ich angegeben habe, korrekt sind. Ich gehe davon aus, dass diese Informationen vertraulich bleiben.

Unterschrift	Name	Datum
--------------	------	-------

## Ein bisschen Geschichte

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein – Medikamente, Nahrungsergänzung, natürliche Heilmittel? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:


Haben Sie Allergien? Wenn ja, worauf sind Sie allergisch? Wie reagieren Sie?


Haben Sie eines der folgenden erlebt? Wenn ja, teilen Sie bitte einige Details mit.

Chirurgie


Unfälle


Verletzungen an Kreuzbein/Kopf/Steißbein


## Familiengeschichte

Was ist deine Geburtsgeschichte?


Wissen Sie über die Erfahrungen Ihrer leiblichen Eltern mit Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft?


Haben Sie Geschwister, die geboren haben?


Welche familiäre oder gemeinschaftliche Unterstützung haben Sie für diese Schwangerschaft und nach der Geburt?

--

## Darmgesundheit

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zum Essen während dieser Schwangerschaft?			
Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?			
Folgen Sie einer bestimmten Diät?			
Essen Sie hausgemachtes Essen?	Hauptsächlich	Gelegentlich	Nie
Was ist Ihre typische tägliche Einnahme der folgenden?			
Wasser	Koffein	Alkohol	
Protein	Obst	Gemüse	
Wie oft ist Ihr Stuhlgang?			
Leiden Sie unter Bauchschmerzen, Verstopfung, Durchfall, unvollständigem Stuhlgang, dünnem Stuhl, Blut oder Schleim im Stuhl?			

## Mentale & emotionale Gesundheit

Wie nährst du dich?
Wo und wie findest du Freude?
Haben Sie derzeit Stress?
Haben Sie einen Glauben oder eine spirituelle Praxis und wenn ja, wären Sie bereit, dies zu teilen?
Welche Übung macht Ihnen Spaß und wie oft machen Sie es?

Haben Sie schlechte Laune, Angstzustände, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder andere psychische Erkrankungen, die Sie teilen möchten?

Haben Sie traumatische Ereignisse erlebt, die Sie gerne teilen würden?

Haben Sie darüber nachgedacht, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen?

Wie fühlst du dich bei der Geburt?

### Schwangerschaft Gesundheit

Wie war die Konzeption für Sie? Leicht? Unerwartet? Unterstützt?

Wer ist Ihr Betreuer und wo planen Sie zu gebären?

Wurden Schwangerschaftsrisikofaktoren für Sie identifiziert?  
Bitte geben Sie an, wenn dies der Fall ist.

Ist eines der folgenden Symptome zu verzeichnen? Bitte kreisen Sie, was Sie betrifft:

<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/> Juckende Haut	<input type="checkbox"/> Schwellung	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme
	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Hefe-Infektionen	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit

Waren Sie oder Ihre Partnerin schon einmal schwanger?	Ja	Nein
Wenn ja, haben Sie sich entschieden, mit diesen Schwangerschaften fortzufahren und wie waren sie?		
Haben Sie einen Verlust erlitten?		
Haben Sie oder Ihr Partner die Geburt gegeben oder miterlebt? Wenn ja, was war Ihre/ihre Erfahrung?		
Wie viele Kinder sind in Ihrer Familie und wie alt sind sie?		
Bitte beschreiben Sie Ihre Erfahrungen nach der Geburt.		

Bist du erfahrend Schmerzen oder Unbehagen?

Bitte angeben Lage auf Diese Bilder:



