

SCI

Fragebogen pränatal

Antworten Sie möglichst spontan! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Achten Sie darauf, dass Sie keine Aussage auslassen.

Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten belastet gefühlt?

| | Nicht belastet | | | | | Sehr belastet |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Unsicherheit durch finanzielle Probleme. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug auf Ihren Wohnort. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug auf Arbeitsplatz, Ausbildungsplatz, Studium oder Schule. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug eine ernsthafte Erkrankung. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug auf die Familie oder Freunde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug auf die Partnerschaft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unsicherheit in Bezug auf wichtige Lebensziele. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch folgende Ereignisse und Probleme überfordert gefühlt?

| | Nicht überfordert | | | | | Sehr stark überfordert |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Schulden oder finanzielle Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wohnungssuche oder Hausbau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leistungsdruck am Arbeitsplatz, im Studium, in Ausbildung oder Schule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erwartungen und Ansprüche der Familie oder Freunde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erwartungen und Ansprüche des Partners | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gesundheitliche Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eigene Erwartungen und Ansprüche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Inwieweit haben Sie sich in den letzten drei Monaten durch tatsächlich eingetretene negative Ereignisse belastet gefühlt?

| | Nicht eingetreten / belastet | | | | | Sehr stark belastet |
|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Verlust von finanziellen Mitteln (mehr als 50.000 EUR) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verlust von Wohnung oder Haus / Umzug / neuer Wohnort | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verlust von Arbeitsplatz, Ausbildungsplatz, Studienplatz oder Verweis von der Schule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verlust von Familienangehörigen oder Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verlust oder Trennung vom Partner | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verlust von Gesundheit oder Handlungsfähigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eigenes Scheitern in wichtigen Lebensbereichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie gehen Sie mit Stress um? Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie möglichst spontan und lassen Sie keine Aussage aus.

Die Auswahlmöglichkeiten mit Zigaretten und Alkohol beziehen sich auf den Umgang mit Stress vor der Schwangerschaft.

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft genau zu |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich wieder aufbauen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich sehe Stress und Druck als positive Herausforderung an. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Auch wenn ich sehr unter Druck stehe, verliere ich meinen Humor nicht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich versuche Stress schon im Vorfeld zu vermeiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gebete helfen mir dabei, mit Stress und Bedrohungen umzugehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Egal wie schlimm es wird, ich vertraue auf höhere Mächte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn mir alles zu viel wird, greife ich manchmal zur Flasche. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich tue alles, damit Stress erst gar nicht entsteht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich unter Druck gerate, habe ich Menschen, die mir helfen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends mit einem Glas Wein oder Bier. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck finde ich Rückhalt bei meinem Partner oder einem guten Freund. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck konzentriere ich mich einfach auf das Positive. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck beseitige ich gezielt die Ursachen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Stress und Druck erinnere ich mich daran, dass es höhere Werte im Leben gibt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Egal wie schlimm es wird, ich habe gute Freunde, auf die ich mich immer verlassen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich zu viel Stress habe, rauche ich <u>eine Zigarette</u> . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Berliner Stimmungsfragebogen (BSF) -Kurzversion

Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben.
Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre
augenblickliche Stimmung zutrifft.

Ich fühle mich...

| | gar nicht | etwas | ziemlich | überwiegend | ganz |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| matt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| konzentriert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| besorgt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| angriffslustig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unbeteiligt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fröhlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beunruhigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aggressiv | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| deprimiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| vergnügt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aufmerksam | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| uninteressiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erschöpft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| betrübt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | wenig | | | viel |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Schmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kontrollverlust | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allein gelassen sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unfähigkeit zu Gebären | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Notkaiserschnitt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dammschnitt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gesundheitliche Schäden des Kindes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gesundheitliche Schäden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beeinträchtigung der Sexualität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Corona Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Räumliche Trennung von meinem Partner nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Keinen Besuch von Verwandten bekommen zu dürfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Edinburgh Depressions-Fragebogen (EPDS)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- ☐ Genauso oft wie früher
- ☐ Nicht ganz so oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- ☐ So oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel seltener als früher
- ☐ Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- ☐ Nein, nie
- ☐ Ganz selten
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, fast nie
- ☐ Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zu viel geworden:

- ☐ Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- ☐ Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- ☐ Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- ☐ Ja, fast immer ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nur manchmal
- ☐ Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- ☐ Ja, oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Selten
- ☐ Nein, nie



CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
DIREKTOR: PROF. DR. MED. SVEN MAHNER



Fragebogen Stillen 1 –Basiserhebung

Fragebogen 2-3 Tage postnatal

1. Wann ist ihr Kind geboren?

2. Wie viel Geschwister hat ihr Kind?

3. Falls sie ambulant geboren haben, wer hat sie in den ersten Tagen betreut?

4. Haben Sie Ihr letztes Kind gestillt?

5. Haben Sie sich vor der Geburt Ihres Kindes über das Stillen informiert?

6. Wenn nein, warum haben Sie sich nicht über das Stillen informiert?

7. Was hatten Sie vor der Geburt gedacht, wie lange Sie voll stillen wollen (also ohne Zufütterung von Säuglingsmilch oder anderer Nahrung?)

8. Wie häufig haben Sie ihr Kind innerhalb der letzten 24 Stunden gestillt?

9. Wenn sie nicht stillen, aus welchen Gründen haben sich dagegen entschieden?

Geburtserlebnis

1. Wie ist Ihr Kind auf die Welt gekommen?

- ☐ Spontan ohne PDA
- ☐ Spontan mit PDA
- ☐ per Vakuumextraktion (VE)
- ☐ per Vakuumextraktion (VE) mit PDA
- ☐ per sek. Kaiserschnitt mit PDA
- ☐ per sek. Kaiserschnitt in Vollnarkose
- ☐ perprim. Kaiserschnitt mit PDA
- ☐ per prim. Kaiserschnitt in Vollnarkose

2. Wie würden Sie Ihr momentanes Befinden beschreiben?

sehr schlecht

sehr gut

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand einstufen?

gering

sehr

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| körperliche Belastbarkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| seelische Belastbarkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobilität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Wie würden Sie ihre Schmerzen aktuell einstufen?

wenig

viel

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Wie würden Sie im Nachhinein die Schmerzen der Geburt einstufen?

| leicht | | | | stark |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

6. Wie würden Sie im Nachhinein das Geburtserlebnis einstufen?

| negativ | | | | positiv |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

7. Wie würden Sie im Nachhinein Ihre Angst vor der Geburt einstufen?

| gering | | | | hoch |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

8. Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welcher Art?

9. Wie lange hat die Geburt insgesamt gedauert?

Berliner Stimmungsfragebogen (BSF) -Kurzversion

Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben.
Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre
augenblickliche Stimmung zutrifft.

Ich fühle mich...

| | gar nicht | etwas | ziemlich | überwiegend | ganz |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| matt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| konzentriert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| besorgt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| angriffslustig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unbeteiligt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fröhlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beunruhigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aggressiv | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| deprimiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| vergnügt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aufmerksam | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| uninteressiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erschöpft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| betrübt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fragebogen 2 – 4 Wochen nach Geburt

1. Wie lange hat ihr Aufenthalt in der Geburtsklinik gedauert?

2. Wie häufig haben Sie ihr Kind innerhalb der letzten 24 Stunden gestillt?

3. Falls Sie Ihr Kind nicht ausschließlich stillen, warum haben Sie Ihrem Kind andere (Säuglings-) Nahrung/Flüssigkeiten gegeben? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Weil ich Probleme mit dem Stillen hatte
- ☐ Weil mein Kind nicht satt wurde
- ☐ Weil mein Kind schlecht getrunken hat
- ☐ Weil mein Kind zu sehr abgenommen hatte
- ☐ Weil ich nicht ständig bei dem Kind sein konnte
- ☐ Sonstige Gründe

4. Wie lange haben Sie vor ihr Kind weiter zu stillen?

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie nicht mehr stillen!

5. Aus welchen Gründen stillen Sie nicht mehr? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Mein Kind hatte gesundheitliche Probleme
- ☐ Mein Kind verträgt Muttermilch nicht
- ☐ Mein Kind hat die Brust „verweigert“
- ☐ Ich hatte Stillprobleme
- ☐ Ich konnte nicht mehr stillen, weil ich krank bin
- ☐ Ich bekomme Arzneimittel, die sich nicht mit dem Stillen vertragen
- ☐ Ich wollte wieder die Anti-Baby-Pille einnehmen
- ☐ Ich habe keine Unterstützung bei Problemen
- ☐ Ich hatte Angst, dass Muttermilch zu viele Fremdstoffe enthält
- ☐ Ich finde, Stillen macht abhängig - ich muss immer bei dem Kind sein .
- ☐ Ich hatte keine Lust, (weiter) zu stillen
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung bequemer
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung genauso gut wie Stillen



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
DIREKTOR: PROF. DR. MED. SVEN MAHNER



- ☐ Ich hatte Angst um die Form meiner Brust
- ☐ Ich wollte gern wieder rauchen
- ☐ Ich wollte gern mal wieder ein Glas Wein/Bier o.ä. trinken
- ☐ Ich hatte keine Zeit zum Stillen
- ☐ Der Stress mit Familie/Haushalt war zu groß
- ☐ Ich will/muss schnell wieder arbeiten
- ☐ Der Vater des Kindes/mein Partner wollte nicht, dass ich stille

Edinburgh Depressions-Fragebogen (EPDS)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- ☐ Genauso oft wie früher
- ☐ Nicht ganz so oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- ☐ So oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel seltener als früher
- ☐ Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- ☐ Nein, nie
- ☐ Ganz selten
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, fast nie
- ☐ Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zu viel geworden:

- ☐ Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- ☐ Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- ☐ Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- ☐ Ja, fast immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nur manchmal
- ☐ Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- ☐ Ja, oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Selten
- ☐ Nein, nie

Fragebogen 3 – 2 Monate nach Geburt

1. Wie ernähren Sie Ihr Kind?
- ☐ Es wird ausschließlich gestillt.
 - ☐ Es wird überwiegend gestillt, aber an manchen Tagen füttere ich zu.
 - ☐ Es wird gestillt, aber ich füttere täglich zu.
 - ☐ Das Kind wird gestillt, erhält aber überwiegend andere Säuglingsnahrung.
 - ☐ Ich stille nicht (mehr)

2. Wie häufig haben Sie ihr Kind innerhalb der letzten 24 Stunden gestillt?

3. Falls Sie Ihr Kind nicht ausschließlich stillen, warum haben Sie Ihrem Kind andere (Säuglings-) Nahrung/Flüssigkeiten gegeben? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Weil ich Probleme mit dem Stillen hatte
- ☐ Weil mein Kind nicht satt wurde
- ☐ Weil mein Kind schlecht getrunken hat
- ☐ Weil mein Kind zu sehr abgenommen hatte
- ☐ Weil ich nicht ständig bei dem Kind sein konnte
- ☐ Sonstige Gründe

4. Wie lange haben Sie vor ihr Kind weiter zu stillen?

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie nicht mehr stillen!

5. Aus welchen Gründen stillen Sie nicht mehr? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Mein Kind hatte gesundheitliche Probleme
- ☐ Mein Kind verträgt Muttermilch nicht
- ☐ Mein Kind hat die Brust „verweigert“
- ☐ Ich hatte Stillprobleme
- ☐ Ich konnte nicht mehr stillen, weil ich krank bin
- ☐ Ich bekomme Arzneimittel, die sich nicht mit dem Stillen vertragen
- ☐ Ich wollte wieder die Anti-Baby-Pille einnehmen
- ☐ Ich habe keine Unterstützung bei Problemen
- ☐ Ich hatte Angst, dass Muttermilch zu viele Fremdstoffe enthält
- ☐ Ich finde, Stillen macht abhängig - ich muss immer bei dem Kind sein .



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
DIREKTOR: PROF. DR. MED. SVEN MAHNER



- ☐ Ich hatte keine Lust, (weiter) zu stillen
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung bequemer
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung genauso gut wie Stillen
- ☐ Ich hatte Angst um die Form meiner Brust
- ☐ Ich wollte gern wieder rauchen
- ☐ Ich wollte gern mal wieder ein Glas Wein/Bier o.ä. trinken
- ☐ Ich hatte keine Zeit zum Stillen
- ☐ Der Stress mit Familie/Haushalt war zu groß
- ☐ Ich will/muss schnell wieder arbeiten
- ☐ Der Vater des Kindes/mein Partner wollte nicht, dass ich stille

Corona-Pandemie

1. Hatten Sie in der Schwangerschaft Kontakt zu COVID-19-positiven Personen oder sind sie selbst positiv getestet worden?

2. Wie sehr hat sie die Corona-Pandemie in der Schwangerschaft vor der Geburt belastet?

sehr wenig

sehr stark

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Welche Faktoren haben im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten in der Schwangerschaft geführt?

wenig

viel

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind vor und nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Trennung vom Kind nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen für die Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen für die Zeit nach der Geburt (fehlende Betreuung durch eine Nachsorgehebamme, Kontaktbeschränkung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen während der Schwangerschaft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung vom Vater vor der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung vom Vater während der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Wie sehr hat sie die Corona-Pandemie in den Tagen nach der Geburt belastet?

sehr wenig

sehr stark

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Welche Faktoren haben im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten in den ersten Tagen nach der Geburt geführt?

| | wenig | | | viel |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen für die Zeit nach der Geburt (fehlende Betreuung durch eine Nachsorgehebamme, Kontaktbeschränkung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung vom Vater nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Wie sehr hat sie die Corona-Pandemie in den ersten Wochen nach der Geburt belastet?

sehr wenig

sehr stark

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Welche Faktoren haben im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten in den ersten Wochen nach der Geburt geführt?

| | wenig | | | viel |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlende Unterstützung in der Betreuung Ihres Kindes (durch fehlende direkte Betreuung Nachsorgehebamme) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Wie sehr belastet Sie die Corona-aktuell?

| sehr wenig | | sehr stark | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Welche Faktoren führen aktuell im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten?

| | wenig | | | viel |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlende Unterstützung in der Betreuung Ihres Kindes (durch fehlende direkte Betreuung Nachsorgehebamme) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
DIREKTOR: PROF. DR. MED. SVEN MAHNER



| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Trennung von Familienangehörigen nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Edinburgh Depressions-Fragebogen (EPDS)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- ☐ Genauso oft wie früher
- ☐ Nicht ganz so oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- ☐ So oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel seltener als früher
- ☐ Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- ☐ Nein, nie
- ☐ Ganz selten
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, fast nie
- ☐ Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zu viel geworden:

- ☐ Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- ☐ Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- ☐ Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- ☐ Ja, fast immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nur manchmal
- ☐ Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- ☐ Ja, oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Selten
- ☐ Nein, nie



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
DIREKTOR: PROF DR. MED. SVEN MAHNER



Fragebogen – 6 Monate nach Geburt

1. Wie haben Sie Ihr Kind in der 9. bis 16. Lebenswoche nach der Geburt ernährt?

Bitte antworten Sie für jede Woche.

| | Woche nach Entbindung | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. |
| ausschließlich gestillt (ohne Säuglingsmilch, ohne andere Nahrung wie z.B. Brei, Gläschenkost und ohne Getränke wie z.B. Wasser, Tee) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| voll gestillt (ohne Säuglingsmilch, aber mit Getränken wie z.B. Wasser, Tee) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teilweise gestillt (mit zusätzlicher Säuglingsmilch oder anderer Nahrung wie z.B. Brei, Gläschenkost) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gar nicht gestillt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Wie lange wollen Sie noch stillen?

- ☐ bis mein KindMonate alt ist
- ☐ so lange das Kind möchte und maximal Monate
- ☐ weiß ich nicht

3. Entsprach die Stilldauer insgesamt Ihren ursprünglichen Vorstellungen?

4. Wenn Sie mit eigenen Worten beschreiben müssten, was Ihnen die meisten Probleme beim Stillen in den letzten 6 Monaten bereitet hat, was wäre dies?

5. Aus welchen Gründen stillen Sie nicht mehr? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Mein Kind hatte gesundheitliche Probleme
- ☐ Mein Kind verträgt Muttermilch nicht
- ☐ Mein Kind hat die Brust „verweigert“

- ☐ Ich hatte Stillprobleme
- ☐ Ich konnte nicht mehr stillen, weil ich krank bin
- ☐ Ich bekomme Arzneimittel, die sich nicht mit dem Stillen vertragen
- ☐ Ich wollte wieder die Anti-Baby-Pille einnehmen
- ☐ Ich habe keine Unterstützung bei Problemen
- ☐ Ich hatte Angst, dass Muttermilch zu viele Fremdstoffe enthält
- ☐ Ich finde, Stillen macht abhängig - ich muss immer bei dem Kind sein .
- ☐ Ich hatte keine Lust, (weiter) zu stillen
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung bequemer
- ☐ Ich finde Flaschenfütterung genauso gut wie Stillen
- ☐ Ich hatte Angst um die Form meiner Brust
- ☐ Ich wollte gern wieder rauchen
- ☐ Ich wollte gern mal wieder ein Glas Wein/Bier o.ä. trinken
- ☐ Ich hatte keine Zeit zum Stillen
- ☐ Der Stress mit Familie/Haushalt war zu groß
- ☐ Ich will/muss schnell wieder arbeiten
- ☐ Der Vater des Kindes/mein Partner wollte nicht, dass ich stille
- ☐ Keine der oben genannten Gründe sondern:

Edinburgh Depressions-Fragebogen (EPDS)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- ☐ Genauso oft wie früher
- ☐ Nicht ganz so oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- ☐ So oft wie früher
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel seltener als früher
- ☐ Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- ☐ Nein, nie
- ☐ Ganz selten
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, fast nie
- ☐ Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zu viel geworden:

- ☐ Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- ☐ Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- ☐ Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- ☐ Ja, fast immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nein, nicht sehr oft
- ☐ Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- ☐ Ja, sehr oft
- ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nur manchmal
- ☐ Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- ☐ Ja, oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Selten
- ☐ Nein, nie

Geburtserlebnis 6 Monate nach Geburt

1. Wie würden Sie im Nachhinein die Schmerzen der Geburt einstufen?

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|-------|
| leicht | | | | stark |
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | |

2. Wie würden Sie im Nachhinein das Geburtserlebnis einstufen?

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|---------|
| negativ | | | | positiv |
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | |

3. Wie würden Sie im Nachhinein Ihre Angst vor der Geburt einstufen?

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|------|
| gering | | | | hoch |
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | |

Corona-Pandemie 2

1. Hatten Sie in der gesamten Zeit nach der Geburt Kontakt zu COVID-19-positiven Personen oder sind sie selbst positiv getestet worden?

2. Wie sehr hat Sie die Corona-Pandemie **in den letzten Wochen seit der letzten Befragung** belastet?

sehr wenig

sehr stark

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Welche Faktoren haben im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten **in den letzten Wochen seit der letzten Befragung** geführt?

| | wenig | | | viel |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlende Unterstützung in der Betreuung Ihres Kindes (durch fehlende direkte Betreuung Nachsorgehebamme) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen nach der Geburt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Wie sehr belastet Sie die Corona-Pandemie **aktuell**?

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| sehr wenig | | | | sehr stark |
| 1 | 2 | 3 | 4 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

5. Welche Faktoren führen **aktuell** im Rahmen der Corona-Pandemie zu einer psychischen Belastung und Ängsten?

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | wenig | | | viel |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| die aktuelle Tendenz des Infektionsverlaufs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für ihr Kind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mögliche Folgen einer Ansteckung für Sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlende Unterstützung in der Betreuung Ihres Kindes (durch fehlende direkte Betreuung Nachsorgehebamme) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trennung von Familienangehörigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einschränkung Ihrer Freizeitaktivitäten durch die Corona-Pandemie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fehlender direkter Kontakt und Austausch mit Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |