



 familie.de GEBURTSPLAN

BEGLEITUNG

 **WER SOLL BEI DER GEBURT DABEI SEIN?**

- Niemand
- Partner: _____
- Freund/Freundin: _____
- Hebamme: _____
- Doula: _____
- Verwandte: _____

 **MEINE BEGLEITUNG SOLL:**

- Die ganze Zeit bei mir sein.
- Nur bis zur Geburt bei mir sein.
- Außerdem wünsche ich mir: _____

 **VON MEINER BEGLEITUNG WÜNSCHE ICH MIR FOLGENDE UNTERSTÜTZUNG:**

- Sie soll nur anwesend sein.
- Sie soll nur das tun, was ich sage.
- Aktive Unterstützung (Massage, gutes Zureden etc.): _____
- Andere Wünsche: _____
- Persönliche Tabus: _____

 **FOLGENDES HÄTTE ICH GERNE DABEI:**

- Meine Musik
- Mein Handy
- Mein Tablet
- Eigene Kissen
- Eigene Klamotten
- Sonstiges: _____

WEHEN

 **WÄHREND DER WEHEN MÖCHTE ICH:**

- Im Bett liegen.
- Mich bewegen.
- In der Wanne liegen.
- Andere Wünsche: _____

 **ICH MÖCHTE EINEN EINLAUF:**

- Ja
- Nein

SCHMERZLINDERUNG

 **SCHMERZMITTEL:**

- Ja, ich möchte Schmerzmittel erhalten.
- Nein, ich möchte keine Schmerzmittel erhalten.
- Erst, wenn ich es ausdrücklich wünsche.

 **FOLGENDE MAßNAHMEN KOMMEN FÜR MICH IN FRAGE:**

- PDA
- Spinalanästhesie
- Systematische Medikation



 **ICH MÖCHTE FOLGENDE ALTERNATIVE SCHMERZBEHANDLUNG:**

- TENS
- Akupunktur
- Akupressur
- Warmes Bad
- Wärme- /Kälte-Therapie
- Massage
- Homöopathie
- Sonstiges: _____

GEBURT

 **FOLGENDE ENTBINDUNGSPOSITIONEN KANN ICH MIR VORSTELLEN:**

- Im Bett liegend
- Im Vierfüßlerstand
- Stehend
- Gebärhocker
- Gebärstuhl
- Wassergeburt
- Andere Wünsche: _____

 **EIN DAMMSCHNITT KOMMT FÜR MICH IN FRAGE:**

- Nein. Ich nehme einen Dammriss in Kauf.
- Nur nach Absprache mit meiner Hebamme.
- Nur nach Absprache mit meinem Arzt.
- Ist für mich kein Problem.

 **VON DER HEBAMME WÜNSCHE ICH MIR:**

- Dass sie mich bei der Geburt unterstützt, so wie sie es für richtig hält.
- Dass sie sich zurück hält, es sei denn ihr Eingreifen ist notwendig.
- Dass sie mich nur dann unterstützt, wenn ich das ausdrücklich wünsche.
- Andere Wünsche: _____
- Persönliche Tabus: _____



 **VON MEINER BEGLEITPERSON WÜNSCHE ICH MIR:**

- Dass sie mich bei der Geburt unterstützt, so wie sie es für richtig hält.
- Dass sie mich nur dann unterstützt, wenn ich das ausdrücklich wünsche.
- Dass sie bei der Geburt selbst nicht dabei ist.
- Andere Wünsche: _____
- Persönliche Tabus: _____

 **ICH WÜNSCHE MIR AUßERDEM:**

- Möglichst viel Ruhe.
- Dass nur mein betreuender Arzt, die Hebamme oder eine Krankenschwester dabei sind.
- Keinen Arzt im Praktikum, keine Medizin-Studenten oder anderes Krankenhauspersonal dabei haben.
- Mit einem Spiegel die Geburt verfolgen zu können.
- Das Köpfchen anzufassen, wenn es sichtbar ist.
- Die Nabelschnur soll auspulsieren.
- Es soll Nabelschnurblut entnommen und gelagert werden.
- Weitere Wünsche: _____
- Besondere Bedürfnisse (Krankheit, religiöse Überzeugungen etc.):

 **ICH BESITZE EINE PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG:**

- Ja
- Nein
- Ich bestehe nicht darauf, dass der Chefarzt anwesend ist.

 **BEI EINEM KAISERSCHNITT:**

- Meine Begleitung soll die ganze Zeit dabei sein.
- Ich möchte mein Baby so schnell wie möglich bei mir haben.
- Das Baby soll so schnell wie möglich bei meiner Begleitung sein.
- Ich möchte sehen, wie das Baby zur Welt kommt.
- Ich möchte (nach Möglichkeit) nur eine lokale Betäubung.
- Ich möchte eine Vollnarkose.

NACH DER GEBURT

WENN DAS BABY DA IST, MÖCHTE ICH:

- Dass es mir, sobald es geht, auf die Brust gelegt wird.
- Bei allen Untersuchungen dabei sein.
- Dass meine Begleitung bei allen Untersuchungen dabei ist.
- Dass meine Begleitung immer beim Baby ist, sofern ich das nicht kann.
- Ruhe und genügend Zeit zum Bonding
- 24-Stunden-Rooming-in
- Dass mein Baby nur bei mir ist, wenn ich wach bin.
- Dass mein Baby nur zum Stillen bei mir ist.
- So schnell wie möglich aus dem Krankenhaus entlassen werden.
- Ein paar Tage im Krankenhaus bleiben.

WENN ES KOMPLIKATIONEN GIBT, DANN MÖCHTE ICH:

- Dass mein Partner/Begleitung immer beim Baby ist.
- Dass ich so oft es geht bei meinem Baby sein kann.
- Ist eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus notwendig, möchte ich so schnell wie möglich wieder mit meinem Baby zusammen sein.

STILLEN:

- Ich möchte alleine stillen.
- Ich möchte nach einem Stillplan stillen.
- Ich möchte, dass mich meine Hebamme beim Stillen unterstützt.
- Ich muss das erst ausprobieren.
- Ich möchte Muttermilch und Säuglingsnahrung kombinieren.
- Nein, ich möchte nicht stillen.

MEIN BABY DARF FOLGENDES BEKOMMEN:

- Nur Muttermilch und das ist mir sehr wichtig.
- Säuglingsnahrung
- Tee
- Schnuller
- Andere Wünsche: _____
- Persönliche Tabus: _____

 ZUSÄTZLICHE PERSÖNLICHE NOTIZEN:

