

Fragebogen nach der Entbindung (EPDS*)

Sehr geehrte Patientin,
da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben, würden wir gerne wissen, wie Sie sich **in den letzten 7 Tagen** (oder wenn die Geburt weniger als 7 Tage her ist: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor der Antwortzeile, die für Sie am ehesten zutrifft. Vorher hätten wir außerdem gerne noch ein paar allgemeine Angaben zu Schwangerschaft und Entbindung.

Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Geburtsdatum des jüngsten Kindes: _____ Heutiges Datum: _____

Dies war Ihre wievielte Schwangerschaft?: _____ wievielte Entbindung? _____

Alter dieses Kindes: _____ Tage / Wochen / Monate (nicht zutreffendes streichen)

Geschlecht dieses Kindes: männl. weibl. Zwillinge Drillinge

Stillen Sie derzeit? Nein Ja, voll ja, teilweise

Falls Sie stillen, haben Sie vor, demnächst abzustillen? Nein Ja, in _____ Wochen

Falls Sie nicht stillen, haben Sie gestillt? Nein Ja, _____ Wochen / Monate

Wie haben Sie entbunden? spontan geplanter Kaiserschnitt (primäre Sectio)
 Zange/Saugglocke ungeplanter Kaiserschnitt (sekundäre Sectio)

Wie haben Sie die Entbindung gefühlsmäßig erlebt? eher schön weder noch eher schrecklich

Wie war Ihr körperliches Befinden in der Schwangerschaft? besser als sonst keine Veränderung leichte körperliche Probleme schwere körperliche Probleme

Wie war Ihr psychisches Befinden in der Schwangerschaft? besser als sonst keine Veränderung leichte psychische Probleme schwere psychische Probleme

Komplikationen in der Schwangerschaft? _____

Komplikationen bei oder nach der Entbindung (beim Kind/bei Ihnen)? _____

In den letzten 7 Tagen (oder in den Tagen seit der Geburt):

1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen

0 so wie ich es immer konnte. 2 deutlich weniger als früher.

1 nicht ganz so wie sonst immer. 3 überhaupt nicht.

2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- 0 so wie immer. 2 deutlich weniger als früher.
1 etwas weniger als sonst 3 kaum.

3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief

- 3 ja, meistens. 1 nein, nicht so oft.
2 ja, manchmal. 0 nein, niemals.

4) war ich aus nichtigen Gründen ängstlich und besorgt

- 0 nein, überhaupt nicht. 2 ja, manchmal.
1 selten. 3 ja, häufig.

5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen

- 3 ja, oft. 1 nein, nicht oft.
2 ja, manchmal. 0 nein, überhaupt nicht.

6) überforderten mich verschiedene Umstände

- 3 ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden.
2 ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden.
1 nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.
0 nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.

7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte

- 3 ja, die meiste Zeit. 1 nein, nicht sehr oft.
2 ja, manchmal. 0 nein, überhaupt nicht.

8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- 3 ja, die meiste Zeit. 1 selten.
2 ja, manchmal. 0 nein, überhaupt nicht.

9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

- 3 ja, die ganze Zeit. 1 nur gelegentlich
2 ja, manchmal. 0 nein, niemals

10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- 3 ja, ziemlich oft. 1 kaum.
2 manchmal. 0 niemals