

**ZA –Archiv Nummer 0580**

**Lage der Mütter 1964 (Unterfranken,  
sozialmedizinische Untersuchung)**

**1964**

Antefol

I KARTE

II KARTE

III KARTE

C<sub>1</sub> = 8-5-7-4

C<sub>1</sub> = 7-5-7-4-8

C<sub>1</sub> = 0-5-7-9

C<sub>2,3,4,5</sub> = Lfd. Nr.

C<sub>2,3,4,5</sub> = Lfd. Nr.

C<sub>2,3,4,5</sub> = Lfd. Nr.

UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK WÜRZBURG

NACHZÜGLER

Streng vertraulich!  
Name darf nicht  
vermerkt werden!

D I V O

INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG - SOZIALFORSCHUNG  
UND ANGEWANDTE MATHEMATIK  
FRANKFURT AM MAIN

IV. KARTE

C<sub>1</sub> = 1-5-7-4

C<sub>2,3,4,5</sub> = Lfd. Nr.

April 1964

378 557

1. Sagen Sie uns bitte, ob Sie an einer der folgenden Beschwerden gegenwärtig leiden bzw. in den letzten 4 Wochen gelitten haben? (KARTE)

C<sub>6-8</sub> ZUSATZFRAGEN

C<sub>9</sub> UNTERSCHENKELKARTE

1. Kopfschmerzen: a) beim Erheben aus dem Liegen  
b) kombiniert mit Schwindel, Augenflimmern  
c) kombiniert mit Nacken-, Armschmerzen  
d) abhängig vom Wetter  
e) von der Periode abhängig  
f) halbseitige Kopfschmerzen, häufiger mit Erbrechen oder starker Übelkeit
2. Häufiger Herzklopfen (ohne äußeren Anlaß), Herzstechen, Herzunruhe
3. Vom Herzen ausstrahlende Schmerzen in den Hals, in den linken Arm
4. Schwindelgefühl, Ohrensausen
5. Innere Unruhe (ohne besonderen äußeren Anlaß)
6. Unbestimmtes Angstgefühl
7. Starke Stimmungsschwankungen
8. Leicht Tränen in den Augen
9. Häufiger grundlos traurig, depressiv, niedergeschlagen
10. Neigung zu Ohnmachten, Schwarzwerden vor den Augen, Schweißausbruch
11. Allgemeine Schwäche, Müdigkeit
12. Atemnot bei Anstrengungen, die Gleichaltrigen keine Atemnot bereiten
13. Anfallsweise Atemnot
14. Oberbauchbeschwerden (Magen, Galle)
15. Häufigeres Sodbrennen
16. Unverträglichkeit gegen Fett
17. Häufiger stark belästigende Blähungen
18. Unterleibsbeschwerden
19. Kreuzschmerzen: a) beim Bücken, schweren Heben  
b) auch im Liegen, im Liegen nicht besser  
c) mit Ausstrahlungen in die Leiste  
d) mit Ausstrahlungen in die Oberschenkel  
e) nur während der Periode
20. Ischias, Schmerzen an einzelnen Nerven
21. Fußschmerzen
22. Wadenschmerzen
23. Gliederreißen, Steifigkeit oder Anschwellen von Gelenken
24. Einschlafen der Arme, "Ameisen-Laufen"
25. "Immer" kalte Hände und Füße
26. Häufiges Frieren unabhängig von Temperatur und Kleidung
27. Überempfindlich, wenn mit bestimmten Dingen in Berührung kommend, z.B. Speisen, Waschpulver oder Heu
28. Erkältung
29. Brennen beim Wasserlassen

y Anderes, was?: (Lfd. Nr.)

6 x -

X. Habe keine Beschwerden

VOM ARZT FESTZUSTELLENDEN DIAGNOSE AUFGRUND DER VOM BEFRAGTEN IN FRAGE 1 GEMachten ANGABEN:

DIAGNOSE BITTE IN FOLGENDER LISTE KRINGELN UND GRAD DER SICHERHEIT BEI DER ENTSCHEIDUNG IM UNTENSTEHENDEN SCHEMA KRINGELN!

KEINE DIAGNOSE GESTELLT Diagnosenliste:	Diagnose lt. Frage 1 ist ...	
	wahr- scheinlich	un- sicher
<u>MIGRÄNE</u>	<u>X</u>	<u>11-X</u>
1. Herzfehler	1	1
2. Funktionelle Herz- u. Kreislaufferkrankungen	2	2
3. Magen- und Darmerkrankungen	3	3
4. Galle- und Lebererkrankungen	4	4
5. Nieren- und Blasenerkrankungen	5	5
6. Unterleibserkrankungen	6	6
7. Rheuma, Ischias	7	7
8. Arthritis, Wirbelsäule-, Bandscheibenschäden, Fußdeformitäten	8	8
9. Allergische Erkrankungen	9	9
10. Stoffwechsel und endokrine Erkrankungen	10-10	12-10
11. Anämie und andere Bluterkrankungen	11	11
12. Neurologische Erkrankungen	12	12
13. Depressive Verstimmungszustände	13	13
14. Vegetative Dystonie	14	14
15. Hals-, Nasen-, Ohren-, Rachenerkrankungen, Bronchitis	15	15
16. Hauterkrankungen	16	16
Andere Krankheiten		
17. <u>ERKÄLTUNG</u>	17	17
18. <u>SCHWANGERSCHAFTSBEWERTEN</u>	18	18
19. <u>ANDERE KRANKHEITEN (LISTE)</u>	19	19

X. Diagnose aufgrund der in Frage 1 gemachten Angaben nicht möglich

Y. Keine Krankheit festgestellt

2. Sagen Sie uns, an welcher Krankheit bzw. welchen Krankheiten Sie gegenwärtig leiden bzw. in den letzten 4 Wochen gelitten haben?

INTERVIEWER: GENANNT KRAANKHEIT(EN) BITTE IM SCHEMA UNTEN (Diagnosenliste) KRINGELN!

FALLS MINDESTENS EINE KRAANKHEIT IN FRAGE 2 GENANNT, FRAGE 2a STELLEN!

- 2a. Wurde(n) diese Krankheit(en) vom Arzt festgestellt oder bestätigt?

FÜR JEDE GENANNT KRAANKHEIT DURCHFAGEN UND IM SCHEMA UNTER 2a KRINGELN!

Schema zu Fragen				
	2.	2a.		
Diagnosenliste	Von der Befragten angegebene Krankheit	Vom Arzt festgestellt oder bestätigt		FAZ
		Ja	Nein	
1. Herzfehler	13 - 1	15 - 1		17 - 1
2. Funktionelle Herz- u. Kreislauferkrankungen	2	( 2 )		2
3. Magen- und Darmerkrankungen	3	3		3
4. Galle- und Lebererkrankungen	4	4		4
5. Nieren- und Blasenerkrankungen	5	5		5
6. Unterleibserkrankungen	6	6		6
7. Rheuma, Ischias	7	7		7
8. Arthritis, Wirbelsäule-, Bandscheibenschäden, Fußdeformitäten	8	8		8
9. Allergische Erkrankungen	9	9		9
10. Stoffwechsel und endokrine Erkrankungen	14 - 10	16 - 10		18 - 10
11. Anämie und andere Bluterkrankungen	11	11		11
12. Neurologische Erkrankungen	12	12		12
13. Depressive Verstimmungszustände	13	13		13
14. Vegetative Dystonie	14	14		14
15. Hals-, Nasen-, Ohren-, Rachenerkrankungen, Bronchitis	15	15		15
16. Hauterkrankungen	16	16		16
Andere Krankheiten				
17. GRIPPE	17	17		17
18. AUßERERKRANKUNGEN	18	18		18
19. ANDERES (LUTE)	19	19		19

Y. Leide an keiner Krankheit

FALLS MINDESTENS EINE KRANKHEIT VOM ARZT FESTGESTELLT ODER BESTÄTIGT:  
FRAGEN 2b bis 2d STELLEN!

2b. Hat Ihnen der Arzt etwas dagegen verschrieben?

- 7- ☒ Y. KEINE KRANKHEIT VON ARZT FESTGESTELLT  
☐ X. Ja FRAGE 2ba STELLEN!  
☐ O. Nein

2ba. Hat das Medikament etwas geholfen, oder ist es von selbst besser geworden?

1. Hat sich von selbst gebessert
2. Hat sich mit Hilfe von Medikamenten gebessert
3. Hat sich auch mit Hilfe von Medikamenten nicht gebessert
4. Hat sich nicht gebessert, Medikamente nicht oder nur eine Zeitlang eingenommen
5. KA

2c. Seit wann leiden Sie unter dieser(n) Krankheit(en)?

..... Jahr / Monat  
..... Jahr / Monat  
..... Jahr / Monat

2d. Traten diese Beschwerden nach der ersten oder einer der folgenden Entbindungen, oder schon vor der ersten Entbindung auf?

- 9- ☒ 5. Vor der 1. Entbindung  
☐ 6. Nach der 1. Entbindung  
☐ 7. Nach der 2. Entbindung  
☐ 8. Nach der 3. Entbindung  
☐ 9. Nach der 4. Entbindung

☒ 0. Anderes: .....  
.....  
.....

3. Haben Sie bisher schon einmal eine der folgenden Krankheiten gehabt? Nennen Sie uns jetzt bitte nur solche Krankheiten, die Sie inzwischen überwunden haben und keine Krankheiten, die Sie in den letzten 4 Wochen hatten. (KARTE)

10 - 1.	Allgemeine Herz- und Kreislauferkrankungen
2.	Magen- und Darmerkrankungen
3.	Galle- und Lebererkrankungen
4.	Nieren- und Blasenerkrankungen
5.	Unterleibserkrankungen
6.	Rheuma, Ischias
7.	Arthritis, Wirbelsäule-, Bandscheibenschäden, Fußdeformitäten
8.	Allergische Erkrankungen
9.	Stoffwechsel und endokrine Erkrankungen
10 - 10.	Anämie und andere Bluterkrankungen
11.	Neurologische Erkrankungen
12.	Gemüts- und Geisteskrankheiten
13.	Hals-, Nasen-, Ohren-, Rachenerkrankungen, Bronchitis
14.	Hauterkrankungen
15.	Diphtherie, Scharlach, Typhus, Tuberkulose oder andere schwere Infektionskrankheiten
Andere Krankheiten, welche?	
1.	.....
2.	.....
3.	.....

FRAGE  
3 a  
STELLEN!

- 3a. Haben Sie heute noch unter Folgen dieser Erkrankung(en) zu leiden, ist etwas zurückgeblieben?

5. Ja  
6. Nein  
7. KA

4. Wie alt waren Sie, als die monatlichen Blutungen begannen?

14 - Jahre

5. Wie ist es gegenwärtig mit der Periode: kommt sie regelmäßig oder unregelmäßig?

15 - X. Regelmäßig

~~0~~. Unregelmäßig → FRAGE 5a STELLEN!

5a. Kam die Periode schon immer unregelmäßig oder ab wann kam die Periode unregelmäßig? (FALLS "Entbindung" genannt wird: Nach der wievielten?)

1. Immer

2. In der Ehe

~~3~~. Seit \_\_\_\_\_

4. Nach der \_\_\_\_\_ Entbindung

6. Nach wieviel Tagen kehrt die Periode gewöhnlich wieder (vom Beginn der Periode ab gerechnet)?

16 - Tage

7. Wieviel Tage hält gewöhnlich die Periode an?

17 - Tage

8. Würden Sie Ihre Periode eher als normal, eher als schwach oder eher als stark bezeichnen?

18 - X. Wechselnd

0. Normal

1. Schwach

2. Stark

~~KL 6-2 K4~~

9. Ist die Periode immer, manchmal oder nie mit Schmerzen verbunden?

3. Immer →

4. Manchmal → FRAGE 9a STELLEN!

5. Nie

~~KL 3-5 K4~~

9a. Glauben Sie, daß diese Schmerzen auf besondere Belastungen zurückzuführen sind?

6. Ja →

7. Nein → FRAGE 9aa STELLEN!

~~KL 6-7 K4~~

9aa. Sind das eher körperliche oder eher nervliche bzw. seelische Belastungen?

8. Eher körperliche

9. Eher nervl.-seelisch

Y. Beides

~~KL 8-9 K4~~

10. Erwarten Sie gegenwärtig ein Kind?

19 - O. Ja

1. Nein

2. KA - FR. 13a

11. Wie war es mit der täglichen Arbeit während Ihrer letzten Schwangerschaft: haben Sie normal weiter gearbeitet?

19a - Y. Ja

X. Nein → FRAGE 11a - c STELLEN!

11a. Ab welchem Monat Ihrer letzten Schwangerschaft haben Sie Ihre tägliche Arbeit eingeschränkt?

Ab \_\_\_\_\_ Monat

11b. Haben Sie selbst Ihre tägliche Arbeit eingeschränkt oder zurückgestellt oder wurden Sie von anderen Personen entlastet?

20a - Y. Eingeschränkt

X. Zurückgestellt

O. Von anderen Personen entlastet

→ FRAGE 11ba STELLEN!

→ FRAGE 11bb STELLEN!

11ba. Welche Arbeiten waren das?

.....

.....

11bb. Von welchen Arbeiten wurden Sie entlastet?

.....

.....

11c. Welche Arbeiten mußten Sie weiter ausführen, von denen Sie gerne entlastet worden wären?

21a -

.....

.....

12. Und nun einige Fragen, die Ihr Kind(Kinder)betreffen. Ist Ihr Kind (Sind Ihre Kinder) selten, häufig oder dauernd krank?

		Seltener krank	Häufiger krank	Immer krank/nie gesund
Letztes				
1. Kind	NO. 4 C 42	0	1	2
2. Kind	NO. 4 C 53	0	1	2
3. Kind	NO. 4 C 54	0	1	2
4. Kind	NO. 4 C 65	0	1	2
5. Kind	NO. 4 C 71	0	1	2
6. Kind	NO. 4 C 72	0	1	2



13. FÜR JEDES KIND - MIT DEM ERSTEN KIND BEGINNEND - FOLGENDE ANGABEN ERMITTELN UND IM SCHEMA EINTRAGEN!

Geburtsjahrgang

Verlauf der Schwangerschaft

Verlauf der Entbindung

Komplikationen bei der Geburt

Wochenbett

Ort der Entbindung

LETZTES	Geburtsjahrgang	Verlauf der Schwangerschaft				Entbindung			Geburtsverlauf		Wochenbett		Ort der Entbindung	
		Keine Stö- rung	Gestose	Nieren- becken- entzün- dung	An- deres	Nor- mal	Früh- ge- burt	Tot- ge- burt	Leichte Kompli- katio- nen	Schwere Kompli- katio- nen	Nor- mal	Kompli- ziert	Klinik	Haus
1. Kind	19 45-	46-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	47-Y	X
2. Kind	19 51-	52-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	53-Y	X
3. Kind	19 57-	58-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	59-Y	X
4. Kind	19 63-	64-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	65-Y	X
5. Kind	19 69-	70-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	71-Y	X
6. Kind	19 75-	76-Y	X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	77-Y	X

13a. Hatten Sie Fehlgeburten?

NOL  
C 19

☒ Ja

☒ Nein

→ FRAGE 13aa STELLEN!

13aa. Wieviele Fehlgeburten hatten Sie?

\_\_\_\_\_ Fehlgeburten

14. Wie lange haben Sie Ihr letztes Kind gestillt?

20 - Wochen → FALLS WENIGER ALS 12 WOCHEN, FRAGE 14a STELLEN!  
 → FALLS 12 ODER MEHR WOCHEN, FRAGE 14b STELLEN!

X. Nicht gestillt → WEITER MIT FRAGE 14c!

14a. Aus welchen Gründen haben Sie Ihr letztes Kind nicht länger gestillt?

21 -  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14b. Wie lange haben Sie Ihr letztes Kind voll gestillt?

[21] - Wochen → WEITER MIT FRAGE 15!

Y. Immer → WEITER MIT FRAGE 15!

14c. Aus welchen Gründen haben Sie Ihr letztes Kind nicht gestillt?

[21]  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. Wie lange haben Sie Ihr erstes Kind gestillt?

22 - Wochen → FALLS WENIGER ALS 12 WOCHEN, FRAGE 15a STELLEN!  
 → FALLS 12 ODER MEHR WOCHEN, FRAGE 15b STELLEN!

X. Nicht gestillt → WEITER MIT FRAGE 15c!

15a. Aus welchen Gründen haben Sie Ihr erstes Kind nicht länger gestillt?

23 -  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15b. Wie lange haben Sie Ihr erstes Kind voll gestillt?

[23] - Wochen → WEITER MIT FRAGE 16!

Y. Immer → WEITER MIT FRAGE 16!

15c. Aus welchen Gründen haben Sie Ihr erstes Kind nicht gestillt?

[23]  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

16. Haben Sie Vorfall- oder Senkungsbeschwerden im Unterleib, einen "Drang nach unten" auf beiden Unterleibsseiten?

24-Y. Ja ———→ FRAGEN 16a - e STELLEN!

X. Nein

16a. Tritt manchmal aus der Scheide etwas aus; wir meinen jetzt nicht Ausfluß?

9. ~~K4~~

0. Ja

1. Nein

16b. Hat ein Arzt bei Ihnen einen Vorfall oder eine Scheidensenkung festgestellt oder bestätigt?

8. ~~K4~~

2. Ja

3. Nein

16c. Geht beim Husten, Niesen, Lachen oder Heben Urin ab?

4. Ja, manchmal

5. Ja, oft

6. Ja, immer

7. Nein

16d. Sind Sie schon einmal wegen dieser Vorfall- bzw. Senkungsbeschwerden operiert worden?

25-Y. Ja ———→ FRAGE 16da STELLEN!

X. Nein

9. ~~K4~~

16da. Hatte diese Operation guten Erfolg, nur vorübergehenden Erfolg oder gar keinen Erfolg?

0. Guten Erfolg

1. Vorübergehenden Erfolg

2. Gar keinen Erfolg

16e. Tragen Sie wegen Vorfallbeschwerden einen Ring?

3. Ja

4. Nein

5. ~~K4~~

17. Wurde bei Ihnen irgendwann einmal eine Geschwulst festgestellt?

26-K. Ja ———→ FRAGE 17a STELLEN!

R. Nein

17a. Befand bzw. befindet sich diese Geschwulst im Unterleib oder wo sonst?

X. Im Unterleib

~~8.~~ Woanders, wo?


18. Leiden Sie an einer Entzündung im Unterleib?

- 27- 0. ☒ 1  
 1. Ja  
 2. Nein

19. Wie ist es jetzt: Haben Sie manchmal, oft oder immer Ausfluß?

3. Manchmal  
 4. Oft  
 5. Immer  
 6. Noch nie  
 7. Früher einmal  
 8. ☒ 1

20. Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder:  
 FOLGENDE ANGABEN FÜR JEDES KIND ERMITTELN!

20a. Mit wieviel Monaten hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) laufen gelernt?

20b. Mit wieviel Monaten hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) Mamma oder Papa gesagt?

20c. Hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) gestottert?

20d. Hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) noch das Bett genäßt, als es älter als 3 Jahre war?

20e. Hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) mit dem Kopf gewackelt?

20f. Hat Ihr erstes Kind (zweites Kind ...) den Daumen gelutscht?

	20a. <u>Laufen</u>	20b. <u>Sprechen</u>	20c. <u>Stottern</u> <u>Ja</u> <u>Nein</u>	20d. <u>Bettnässen</u> <u>Ja</u> <u>Nein</u>	20e. <u>Kopf- wackeln</u> <u>Ja</u> <u>Nein</u>	20f. <u>Daumen- lutschen</u> <u>Ja</u> <u>Nein</u>
1. Kind	<u>48.</u> Mon.	<u>49.</u> Mon.	50-Y X	0 1	2 3	4 5
2. Kind	<u>54.</u> Mon.	<u>55.</u> Mon.	56-Y X	0 1	2 3	4 5
3. Kind	<u>60.</u> Mon.	<u>61.</u> Mon.	62-Y X	0 1	2 3	4 5
4. Kind	<u>66.</u> Mon.	<u>67.</u> Mon.	68-Y X	0 1	2 3	4 5
5. Kind	<u>72.</u> Mon.	<u>73.</u> Mon.	74-Y X	0 1	2 3	4 5
6. Kind	<u>78.</u> Mon.	<u>79.</u> Mon.	80-Y X	0 1	2 3	4 5

21. Geht Ihr erstes(zweites ...) Kind in den Kindergarten oder in die Schule oder ist es immer zu Hause?

FALLS KINDER IN DIE SCHULE GEHEN FRAGE 21a STELLEN:

21a. Bei vielen Kindern macht es anfangs Schwierigkeiten, sie an die Schule und die Mitarbeit im Unterricht zu gewöhnen. Haben Sie solche Einschulungsschwierigkeiten bei Ihrem ersten (zweiten ...) Kind beobachtet?

		21.		21a.	
		Immer zu <u>Hause</u>	<u>Kinder-</u> <u>garten</u>	Geht zur <u>Schule</u>	Einschulungs- schwierig - <u>keiten</u>
<u>Letztes</u>					Ja      Nein
1. Kind	Nr. C 47	3	4	5 → 6	7
2. Kind	Nr. C 53	3	4	5 → 6	7
3. Kind	Nr. C 59	3	4	5 → 6	7
4. Kind	Nr. C 65	3	4	5 → 6	7
5. Kind	Nr. C 71	3	4	5 → 6	7
6. Kind	Nr. C 77	3	4	5 → 6	7

22. Wie ist es mit dem Nachtschlaf? Schlafen Sie gleich ein, oder liegen Sie lange wach, oder ist das verschieden?

2. Schlafe gleich ein

3. Liege lange wach → FRAGE 22a STELLEN!

4. Verschieden

22a. Nehmen Sie Schlafmittel? FALLS "Ja": Nehmen Sie die Schlafmittel nur gelegentlich, oder können Sie ohne Schlafmittel nicht mehr auskommen?

5. Ja, gelegentlich

6. Ja, unentbehrlich

7. Nein

8. KA

23. Nehmen Sie über Tag Beruhigungsmittel? FALLS "Ja": Nehmen Sie diese Beruhigungsmittel nur gelegentlich, oder können Sie ohne Beruhigungsmittel nicht mehr auskommen?

9. KA

X. Ja, gelegentlich

O. Ja, unentbehrlich

1. Nein

24. Müssen Sie nachts aufstehen, um Wasser zu lassen?

FALLS "Ja": Regelmäßig oder gelegentlich?

28 - 2. KA

3. Ja, regelmäßig
4. Ja, gelegentlich
5. Nein

+ FR. 32

25. Sie wissen, daß bei den heutigen Lebensweisen viele Menschen über Verstopfung klagen. Wie geht es Ihnen: Ist der Stuhlgang im allgemeinen normal, oder haben Sie Verstopfung, oder neigen Sie zum Durchfall?

29 - X. Normal

0. Verstopfung
1. Durchfall
2. KA

FRAGEN 25a+b STELLEN!

25a. Ist das öfter der Fall oder seltener?

3. Öfter
4. Seltener
5. KA

25b. Nehmen Sie dann Hausmittel, andere Mittel oder keine Mittel?

6. Hausmittel
7. Andere Mittel
8. Keine Mittel
9. KA

26. Wie ist es mit der Müdigkeit: Sind Sie im allgemeinen tagsüber sehr müde?

30 - Y. Ja

- X. Nein
0. Verschieden

27. Zu welcher Tageszeit können Sie am besten arbeiten, oder haben Sie in der Arbeit keine beste Tageszeit?

1. 4. TAGS / 4. NACHMITTAGS
2. Morgens
3. Abends
4. Keine beste Tageszeit

28. Wenn Sie einmal an Ihre körperliche Ausdauer denken, würden Sie dann eher sagen, Sie haben eine gute Ausdauer, genügend Ausdauer, oder könnte die Ausdauer besser sein?

6. Gute Ausdauer
7. Genügend Ausdauer
8. Ausdauer könnte besser sein
9. KA

29. Wenn Sie einmal zurückblicken auf die letzten 3 Jahre: was würden Sie eher sagen: Ich bin ruhiger geworden, oder ich bin nervöser geworden?

- 23 - Y. Ruhiger  
X. Nervöser  
O. Gleich geblieben

30. Die Lage der Mütter ist recht unterschiedlich. Manche Mütter sprechen davon, sie seien den ganzen Tag über angespannt und am Abend doch nicht zufrieden mit dem, was sie geschafft hätten. Haben Sie selbst auch schon ähnliche Erfahrungen gemacht?

24 - Y. Nein

X. Ja, welche?

FRAGEN  
30a+b  
STELLEN!

30a. Machen Sie diese Erfahrung fast immer oder nur selten?

25 - 3. KA

4. Fast immer  
5. Nur selten

30b. Wenn Sie den ganzen Tag über angespannt sind und doch nicht fertig werden können, was würden Sie eher sagen: ärgern Sie sich sehr, ärgern Sie sich ein wenig oder machen Sie sich nichts daraus?

6. Ärgere mich sehr  
7. Ärgere mich ein wenig  
8. Mache mir nichts daraus  
9. KA

31. Welche der folgenden Äusserungen würden Sie eher bejahen:

2. Ich mache mir viel Sorgen  
3. Ich mache mir ab und zu Sorgen  
4. Ich mache mir überhaupt keine Sorgen

32. Das Gedächtnis der Menschen ist nicht immer gleich gut: Wie ist es bei Ihnen gegenwärtig, ist Ihr Gedächtnis gegenwärtig gut, nicht so gut, oder schlecht?

NOW  
C 28

6. Gut  
7. Nicht so gut  
8. Schlecht

33. Mit der täglichen Arbeit ist es bei jedem verschieden; welche Arbeit tun Sie nicht so gern?

26, 27, -

Und welche Arbeit tun Sie besonders gern?

28, 29, -

34. Wenn Sie einmal an Ihre früheren Pläne und Vorstellungen zurückdenken, ist es im wesentlichen so gekommen wie Sie dachten, oder ist es ganz anders gekommen?

30- Y. So gekommen wie gedacht

X. Nicht so gekommen

→ FRAGE 34a STELLEN!

O. HATTE FRÜHER KEINE PLÄNE / BESONDEREN VORSTELLUNGEN

- 34a. Sind Sie zufrieden mit dem, was gekommen ist, oder sind Sie nicht so zufrieden?

1. Zufrieden

2. Nicht so zufrieden

35. Jeder Mensch möchte sich geborgen fühlen. Beim einen ist das mehr, beim anderen weniger der Fall. Was würden Sie eher sagen: ich fühle mich geborgen, oder ich fühle mich nicht so richtig geborgen?

4. Ich fühle mich geborgen

5. Ich fühle mich nicht so

richtig geborgen

→ FRAGE 35a STELLEN!

6. Anderes

7. KA

- 35a. Was müßte sich nach Ihrer Meinung ändern, damit Sie sich richtig geborgen fühlen könnten?

31- -

36. Haben Sie den Wunsch, wieder ein Kind zu bekommen?

32- Y. Ja

X. Nein

→ FRAGE 36a STELLEN!

→ FRAGE 36b STELLEN!

O. KA 24. CH. FR.

- 36a. Wieviel Kinder wünschen Sie sich noch?

..[33-].. Kinder

- 36b. Würden Sie uns bitte die Gründe sagen, weshalb Sie kein weiteres Kind wünschen?

33.34- -

#### ACHTUNG INTERVIEWER!

FALLS DIE ANTWORTEN AUF DIE FRAGEN 1 - 2d NICHT BEFRIEDIGTEN UND FÜR EINE SICHERE ODER WAHRSCHEINLICHE DIAGNOSE NICHT AUSREICHEN, NAME UND ADRESSE DES BEHANDELNDEN ARZTES BZW. KRANKENHAUS ERMITTELN!

.....

.....

.....

.....



# B e f u n d e

## A. Ernährungszustand:

- 35 - Y. Sehr gut  
 X. Gut  
 0. Mäßig  
 1. Schlecht  
 2. NICHT FINGESTUFT

## B. Größe: (in cm)

314 - cm

## C. Gewicht: (in kg)

32 - kg

## D. Gewichtsveränderung:

Wenn Sie einmal an Ihre letzte Schwangerschaft denken, wie war Ihr Gewicht nach der Geburt verglichen mit dem Gewicht in der Zeit vor Ihrer Schwangerschaft?

- 33 - X. Abnahme - 1 kg  
 X. Zunahme - 1 kg  
 0. Unverändert 1 kg

## E. Gewebsturgor:

- 34 - 0 KA  
 1. Normal  
 2. Schlaff  
 3. Schwammig

## F. Behaarung:

4. KA  
 5. Normal weiblich  
 6. Hirsutismus  
 7. Haarausfall  
 8. Haarausfall seit Entbindung  
 9. Viril

## G. Hyperthyreose Zeichen:

- 35 - Y. Glanzauge  
 X. Fingertremor  
 0. Stirnschweiß (Salbengesicht)  
 1. Sonstige Zeichen, was?  
 2. Nicols  
 3. KA

H. Schleimhäute:I. Lippenzyanose:J. Zähne:

I.

- 36 - 1. Vollständig oder fast vollständig saniert  
 2. Es fehlen mehr als 2 Zähne  
 3. Vorhandene Zähne sind sanierungsbedürftig  
 4. Teilprothese (Ober- oder Unterkiefer)  
 5. Vollprothese (Ober- oder Unterkiefer)  
 6. KA

II. Sind Sie gegenwärtig in Zahnbehandlung?

7. Ja  
 8. Nein  
 9. KA

K. Schilddrüse:

- 37 - X. Unauffällig  
 0. Einfache Vergrößerung  
 1. Auffällige Knotenbildung  
 2. Operiert  
 3. Rezidiv  
 4. KA

L. Herz:

5. Keine Geräusche  
 6. Geräusche  
 7. Klinisch diagnostiziertes Vitium  
 8. NICHT EINGESTUFT

M. Leber:

- 38 - Y. Nicht tastbar, aber beurteilbar  
 X. Tastbar  
 0. Rand weich  
 1. Rand hart  
 2. Nicht beurteilbar  
 KL 4-2 KA

N. Bauchdecke:

- I. 3. Straff  
 4. Schlaff  
 5. Rektusdiastase  
 6. Hängeleib  
 7. Nicht beurteilbar  
 KL 3-2 KA

II.

Druckschmerz

8. Ja → FRAGE IIa STELLEN!  
 9. Nein

IIa. Wo befindet sich der Druckschmerz?

39 -

O. Nierenlager:

Druckschmerz

- 40 - Y. Ja  
 X. Nein  
 0. KA

P. Extremitäten:

1. Warm  
 2. Trocken  
 3. Feucht

4. Kalt  
 5. Trocken  
 6. Feucht  
 7. KL 3-2 KA

DL: NENNEN SIE BEIDEN SEITEN

Q. Varizen:

- 41 - 1. Keine  
 2. Leichte Varizen  
 3. Stark ausgeprägte Varizen  
 4. Mit subjektiven Beschwerden  
 5. Varizen nach Thrombose  
 6. Varizen mit Ödemen  
 7. Varizen mit Ulcus  
 8. Varizen mit Beinpigmentation  
 9. ☒ 1

R. Ödeme:

- 42 - 0 ☒ 1  
 1. Keine  
 2. An den Füßen  
 3. An den Händen  
 4. Subjektive Angabe, abends oder nach Belastung festzustellen

S. Statische Beschwerden bei langem Stehen:

5. Keine  
 6. Kreuzschmerzen.  
 7. Schmerzen in den Füßen und Beinen  
 8. ☒ 1

T. Belastungsversuch:

	R / R mm/Hg	Puls	Atmung/Min.
a. Nach 3 Minuten Liegen	6,88 / 4-11	12-14	15,16
b. Nach 3 Minuten Stehen oder Anhalten	12-19 / 20-22	23-25	26,27
c. Nach 10 Kniebeugen (oder notfalls weniger)	28-30 / 31-33	34-36	37,38
ca. Volle Belastung erreicht	39-40 / 42-44	45-47	48,49
cb. Volle Belastung nicht erreicht	50-52 / 53-55	56-58	59,60
d. Nach 4 Minuten	61-63 / 64-66	67-69	70,71

U. Urin:

- a. Eiweiß  
 b. Zucker

V. Hämoglobinwert:

Hämoglobinwert  
 abgenommen:

44 - g %

☒ Ja  
☐ Nein

Arbeitsort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Untersuchung wurde durchgeführt: \_\_\_\_\_



(RAHMENNUMMER)