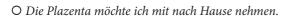


Persönlicher Geburtsplan

Mein Name							
Ich werde beglei	itet von						
O Partner/in	O Doula	O Verwandte	O Freund/-in	0			
So lange es mir i	und dem Baby	gut geht, will ich					
O frei von Zeita	druck und im r	natürlichen Rhythm	us meines Körpers g	ebären.		•	
O keine Beschlei	unigung der Ge	eburt durch Medika	mente.			200	
O keine Beschlei	unigung der G	eburt durch Öffnen	der Fruchtblase.		96		•••.
O nur Intervall-	und nicht stär	ndige CTG-Überwa	chung.				
O möglichst wer	nig gestört werd	den und so viel Ruh	e um mich wie mögl	ich.			
Folgende Positio	onen während	den Wehen kann i	ch mir vorstellen:		Ext		OFF.
O halb aufgerich	itet						目
O auf der Seite l	iegend					50 (1)	目
O in der Hocke						THE PERSON NAMED IN COLUMN TO PERSON NAMED I	me
O auf allen Vier	ren						
O herumgehen ı	und mich bewe	egen, wie ich möchte	!				
O was für mich	-						
0							•••••
Folgendes möch	ite ich ausprob	oieren, wenn verfüg	bar:				
O einen Gebärh	ocker						
O eine Geburtsw	vanne						
Wenn die Schme	erzen sehr staı	rk werden, möchte	ich folgende Schme	rzlinderungs	methoden ausp	orobieren, wenn verfüg	bar:
O Akupunktur							
O TENS							
O Homöopathie							
O Aromatherapa	ie					~	70
O Massage						v 9	4
O Schmerzmitte	·l						abla
O Lachgas						W Comment	O
O PDA (Peridur	ralanästhesie)					6200	
O PCA (Patiente	en kontrolliert	e Analgesie)				Thank	
O Ich werde im	Moment entsci	heiden.					
O Ich will auf ch	iemische Schm	erzmittel jeder Art	verzichten.				\bigcirc .
Im Moment der	Geburt möch	te ich,					

- O dass ein Dammschnitt wenn immer möglich vermieden wird.
- O dass mein Partner die Nabelschnur durchschneidet.
- O dass die Nabelschnur erst durchtrennt wird, wenn sie nicht mehr pulsiert.
- O dass die Nabelschnur sofort durchtrennt wird, um Nabelschnurblut einlagern zu können.
- O dass die Nabelschnur nicht durchtrennt wird (Lotusgeburt).
- O dass mir das Baby sofort auf meine Brust gelegt wird.
- O dass ich die Plazenta sehen kann.









Sollte ein Kaiserschnitt no	itig sein, möchte ich,					
O dass meine Begleitperso	n(en) die ganze Zeit bei mir ist/sind.					
O dass der Sichtschutz so niedrig ist, dass ich mein Baby sehen kann, wenn es herausgehoben wird.						
O dass mir mein Baby mö	iglichst schnell auf die Brust gelegt wird.					
O dass mein Partner unse	r Kind so schnell wie möglich halten darf, falls ich eine Vollnarkose b	rauche.				
Das ist mir für die Gebur	t auch noch wichtig:					
9						
Nach der Geburt möchte						
O dass das Baby die ganze		CO CO				
O dass das Baby nicht geb						
•	anze Zeit beim Baby ist, falls es mir nicht möglich ist.					
O dass das Baby erst unte	rsucht wird, nachdem wir Zeit fürs Bonding hatten.					
O dass mein Baby kein Vi	tamin K erhält.					
Mein Baby						
	ll nur Muttermilch erhalten.					
O möchte ich nicht stillen.						
O darf einen Schnuller erh						
O darf keinen Schnuller e	rhalten.					
Ich habe spezielle Bedürfi	nisse oder Wünsche :					
Datum:	Unterschrift:					

Geburtsplan verfasst von «wir eltern» in Zusammenarbeit mit Andrea Stiefel vom Institut für Hebammen an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

