

Reiten und Schwangerschaft

Der Fragebogen

Teil A - **Über mich selbst**

Teil B - **Reiten vor der Schwangerschaft**

Teil C - **Reiten in der Schwangerschaft**

Teil D - **Viele Fragen zur Schwangerschaft**

Teil E - **Die Entbindung**

Rücksendung an
S. Kramarz
Projekt „Schwanger reiten“
Bayernallee 18
14052 Berlin
Fax 030 – 300 99 671

Bitte vergessen Sie bei einer
Rücksendung per Post das Porto
von 1,44 € nicht!

Hier noch einige Hinweise.

1. Nehmen Sie sich bitte **10-15 Minuten Zeit**; es sind immerhin 54 Fragen. Wir hätten den Fragebogen gern kürzer gehalten, aber dann hätten wir nicht alles erfragen können, was wichtig ist.

2. Bitte füllen Sie **für jede Schwangerschaft**, in der Sie geritten sind (oder zu deren Beginn Sie mit dem Reiten aufgehört haben) **den Fragebogen einzeln** aus. An manchen Stellen werden Ihnen die Fragen sehr ausführlich vorkommen. Aber diese Einzelheiten sind wichtig, um mögliche andere Einflüsse auf Ihre Schwangerschaft festzustellen. Nur so können wir herausfinden, ob das Reiten - und welche Formen des Reitens - ein Risiko für Schwangere und Kind darstellen können.

3. Ihr Namen und Ihre Adresse werden, falls Sie an der Verlosung teilnehmen wollen, völlig getrennt von den Angaben im Fragebogen gespeichert. Ihre Angaben in dem Fragebogen beeinflussen daher Ihre Chancen bei der Verlosung in keiner Weise.

4. Falls Sie noch **nicht volljährig** sind, möchten wir Sie bitten, den Fragebogen zusammen mit einer formlosen Zustimmung Ihres/r **Erziehungsberechtigten** zurückzuschicken.

A Über mich selbst

A 1 Zu Beginn der Schwangerschaft war ich Jahre alt.

A 2 Mein Körpergewicht zu Beginn der Schwangerschaft betrug Kilogramm bei einer Körpergröße von cm.

A 3 Ich war bereits vor dieser Schwangerschaft insgesamt -mal schwanger (bitte Zahl einfügen),

und ich hatte vor dieser Schwangerschaft bereits Geburten

A 4 Ich hatte bereits früher (Mehrfachantworten möglich)

- einen vorzeitigen Blasensprung
- eine oder mehrere Frühgeburten
- eine schwierige Schwangerschaft
- eine schwierige Geburt
- einen Kaiserschnitt
- eine gynäkologische Operation
- einen Krankenhausaufenthalt von mindestens 2 Wochen in den 12 Monaten vor Beginn Schwangerschaft

A 5 Meine Schulbildung

(bitte kreuzen Sie den höchsten Abschluss an, den Sie zum Zeitpunkt der Schwangerschaft hatten):

- Schule noch nicht beendet
- Schule beendet ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abschluss Polytechnische Oberschule
10. Klasse
- Fachhochschulreife (Abschluss einer
Fachoberschule)
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
(Gymnasium)

A 6 Mein allgemeiner sportlicher Trainingszustand vor der Schwangerschaft war

(Die Zeit auf dem Pferd zählt nur so weit als Sport, wie Sie sich auch wirklich angestrengt haben. Leichte Ausritte oder entspanntes Abreiten zählen nicht dazu)

- ausgezeichnet (täglich mindestens 1 Stunde Sport)
- sehr gut (4 Stunden und mehr Sport pro Woche)
- gut (2-4 Stunden Sport pro Woche)
- mäßig (1-2 Stunden Sport pro Woche)
- nicht besonders (weniger als 1 Stunde Sport pro Woche)

A 7 Ausser dem Reiten habe ich vor der Schwangerschaft folgende Sportarten betrieben

(Mehrfachantworten möglich)

- Gymnastische Sportarten, Turnen,
Ballett etc.
- Ausdauerbetonte Sportarten
(Laufen, Radfahren, Schwimmen etc.)
- Kraftbetonte Sportarten, Krafttraining
- Spielsportarten (Ball sport etc.)
- Fun- und Risikosportarten
(Alpinski, Snowboarding, Mountainbiking,
Gleitschirmfliegen etc.)
- keine Sportarten

B Reiten VOR dieser Schwangerschaft

B 8 Ich schätze mich zur Zeit VOR dieser Schwangerschaft ein als (nur 1 Antwort)

- ungeübte Reiterin (bisher weniger als 3 Jahre regelmäßige Reitpraxis)

- geübte Reiterin (3 Jahre und mehr regelmäßige Reitpraxis)
- Leistungssportlerin im gehobenen Amateurbereich
 ↳ HIER WEITER: Leistungsklasse (falls FN-Klassifizierung möglich)
- Berufsreiterin
 ↳ HIER WEITER: Leistungsklasse (falls FN-Klassifizierung möglich)

B 9 Häufigkeit des Reitens (VOR der Schwangerschaft) (nur 1 Antwort)

- nur gelegentlich oder im Urlaub
- 1x pro Woche
- 2x pro Woche
- 3-5x pro Woche
- täglich

B 10 Durchschnittliche Reitedauer pro Reit-Tag (reine Reizeit, ohne die Zeit für den Umgang mit dem Pferd) (nur 1 Antwort)

- 1 Stunde
- 2-3 Stunden
- 4 Stunden und mehr

B 11 Über meine reiterlichen Disziplinen

Der **Schwerpunkt** meines Reitens lag **vor** dieser Schwangerschaft auf folgenden Disziplinen

Bitte tragen Sie in JEDEM Feld ein, wie intensiv Sie in dieser Disziplin geritten sind:

0 = in dieser Disziplin bin ich nicht geritten

1 = leichte Belastung;

2 = mittlere Belastung, mäßig dynamisches Reiten / reiterliches Niveau bis E;

3 = ambitioniertes, leistungsorientiertes Reiten / reiterliches Niveau bis L;

4 = Spitzensport / reiterliches Niveau M und S)

- Dressur
- Springen
- Ausreiten
- Gelände (Vielseitigkeit)
- Reiten von Gangpferden
- Western
- Distanzreiten
- Rennsport

C Reiten WÄHREND der Schwangerschaft

C 12 Information des Frauenarztes /der Frauenärztin

Wusste Ihr Frauenarzt /Ihre Frauenärztin, dass Sie Reitsport betreiben? (nur 1 Antwort)

- ja, bereits **vor** der Schwangerschaft
- ja, zu **Beginn** der Schwangerschaft
- ja, im **späteren Verlauf** der Schwangerschaft
- nein (Falls Sie **NEIN** ankreuzen, bitte weiter bei C 14)

C 13 Empfehlung durch den Frauenarzt / die Frauenärztin

Was hat Ihr Frauenarzt/ Ihre Frauenärztin Ihnen geraten? (nur 1 Antwort möglich)

- Er/Sie hat mir strikt vom Reiten abgeraten.
- Er/Sie hat mir weder zu- noch abgeraten, sondern die Entscheidung mir überlassen.
- Er/Sie hat mir das Weiterreiten empfohlen

C 14 Reiten - ja oder nein?

Sind Sie in der Schwangerschaft weiter geritten? (nur 1 Antwort möglich)

- Nein**, ich habe das Reiten sofort nach der Feststellung meiner Schwangerschaft in der -ten Woche abgebrochen.
- Ja**, ich bin weitergeritten, und zwar bis zur -ten Woche der Schwangerschaft (Falls Sie die Frage C14 mit **NEIN** beantwortet habe, bitte im Bereich C nur noch die Frage C16 beantworten, dann weiter zu D)

C 15 Beschwerden im Zusammenhang mit dem Reiten

Ich hatte im direkten Zusammenhang mit dem Reiten, also auf dem Pferd oder in den 2 Stunden danach, **folgende Beschwerden** (Mehrfachantwort möglich)

| | im 1. Drittel der Schwangerschaft | im 2. Drittel der Schwangerschaft | im 3. Drittel der Schwangerschaft |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| einen harten Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ziehen im Unterleib | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C 16 Aufgehört

Ich habe mit dem Reiten **aufgehört**, (Mehrfachnennungen möglich)

- erst als das Reiten unbequem wurde
- weil ich dachte, dass ich mir und/oder dem Kind schaden könnte, auch ohne dass körperliche Warnzeichen aufgetreten sind
- weil ich vorzeitige Wehen, Blutungen, einen harten Bauch nach dem Reiten oder andere körperliche Probleme mit der Schwangerschaft bekommen habe
- weil der Frauenarzt / die Frauenärztin oder eine andere Person mir das Aufhören dringend nahe gelegt hat
- weil ich krank geworden bin
- andere Gründe.

C 17 oder weiter geritten?

Ich bin nach Auftreten von ersten Warnzeichen (Blutungen, Wehen, Öffnung des Muttermundes) **weitergeritten**

- ja
- nein (wenn Sie KEINE Warnzeichen hatten, bitte hier "nein" ankreuzen)

C 18 Häufigkeit des Reitens (WÄHREND der Schwangerschaft bis zum Aufhören)

(nur 1 Antwort)

- nur gelegentlich oder im Urlaub
- 1x pro Woche
- 2x pro Woche
- 3-5x pro Woche
- täglich

C 19 Durchschnittliche Reitdauer pro Reit-Tag während der Schwangerschaft

(reine Reitzzeit, ohne die Zeit für den Umgang mit dem Pferd)

- 1 Stunde
- 2-3 Stunden
- 4 Stunden und mehr

C 20 Über die Pferde, die ich während meiner Schwangerschaft geritten habe:

(nur 1 Antwort möglich, bitte wählen Sie die für Sie am meisten passende Antwort)

- Ich habe überwiegend Schulpferde geritten
- Ich hatte ein eigenes Pferd / Beteiligung
- Ich habe mehrere Privatpferde /Ausbildungspferde geritten.

C 21 Über meine reiterlichen Disziplinen

Ich habe **während der Schwangerschaft** folgende Disziplinen geritten:

Bitte tragen Sie in JEDEM Feld ein, wie intensiv Sie in dieser Disziplin geritten sind:

0 = in dieser Disziplin bin ich nicht geritten

1 = leichte Belastung;

2 = mittlere Belastung, mäßig dynamisches Reiten / reiterliches Niveau bis E;

3 = ambitioniertes, leistungsorientiertes Reiten / reiterliches Niveau bis L;

4 = Spitzensport / reiterliches Niveau M und S)

- Dressur
- Springen
- Ausreiten
- Gelände (Vielseitigkeit)
- Reiten von Gangpferden
- Western
- Distanzreiten
- Rennsport

C 22 Ich hatte während meiner Schwangerschaft Turnierteilnahmen

- ja
- nein

C 23 Ich habe junge Pferde / Problempferde geritten

- ja
- nein

C 24 Ich habe meinen Reitstil, also die Art und Weise meines Reitens, während der Schwangerschaft verändert

- ja (weiter bei C 25)
- nein (weiter bei C 26)

C 25 Falls Sie Frage C 24 mit JA beantwortet haben, geben Sie bitte an, was Sie verändert haben
: (Mehrfachantworten möglich)

- weniger anstrengender Reitstil
- im Trab kein Aussitzen, nur Leichttrab
- im Galopp nur leichter Sitz
- weniger hohe Sprünge, weniger Tempo beim Springen
- keine Sprünge mehr
- weniger Turnierteilnahmen
- keine Turnierteilnahmen mehr
- vermehrt ruhige Ausritte
- sonstiges, und zwar

C 26 Über das Unfallrisiko (nur 1 Antwort möglich)

- Ich fühlte mich auf dem Pferd, das ich während meiner Schwangerschaft geritten habe (auf den Pferden, die ich geritten habe) , und bei meiner Reitweise absolut sicher. Ein Unfall war aus meiner Sicht ausgeschlossen.
- Ich fühlte mich auf dem Pferd, das ich während meiner Schwangerschaft geritten habe (auf den Pferden, die ich geritten habe), und bei meiner Reitweise einigermaßen sicher. Ich nahm nur ein geringes Unfallrisiko an.
- Ich habe teilweise schwierige oder lebhaftere Pferde mit gewissem Risiko geritten.

C 27 Unfallgefahr (nur 1 Antwort möglich)

Ich hatte während meiner Schwangerschaft einen Reitunfall oder einen Unfall im Umgang mit dem Pferd

- ja
- nein

Falls Sie bei C27 mit ja geantwortet haben, bitte weiter mit C28. Falls Sie mit nein geantwortet haben, weiter mit D 30.

C 28 Unfälle mit dem Pferd / im Umgang mit dem Pferd während der Schwangerschaft

Ich hatte Stürze vom Pferd. (bitte Zahl einfügen)

Ich hatte Stürze mit dem Pferd. (bitte Zahl einfügen)

Ich hatte Unfälle im Umgang mit dem Pferd. (bitte Zahl einfügen)

C 29 Unfallfolgen (nur eine Antwort möglich)

- Der Unfall /die Unfälle blieb/blieben ohne Folgen für die Schwangerschaft.
- Ich hatte nach dem/nach einem oder mehreren Unfall/Unfällen Wehen oder andere, vorübergehende Frühgeburtsbestrebungen.
- Ich hatte nach dem Unfall / nach dem letzten Unfall eine Fehl- oder Frühgeburt.

D Über die Schwangerschaft

D 30 Mein allgemeiner **sportlicher Trainingszustand während der Schwangerschaft** war

(Die Zeit auf dem Pferd zählt nur so weit als Sport, wie Sie sich auch wirklich angestrengt haben.
Leichte Ausritte oder entspanntes Abreiten zählen nicht dazu) (nur 1 Antwort möglich)

- ausgezeichnet (täglich mindestens 1 Stunde Sport)
- sehr gut (4 Stunden und mehr Sport pro Woche)
- gut (2-4 Stunden Sport pro Woche)
- mäßig (1-2 Stunden Sport pro Woche)
- nicht besonders (weniger als 1 Stunde Sport pro Woche)

D 31 Ausser dem Reiten habe ich während der Schwangerschaft folgende **Sportarten** betrieben (Mehrfachantworten möglich)

- Gymnastische Sportarten, Turnen, Ballett etc.
- Ausdauerbetonte Sportarten (Laufen, Radfahren, Schwimmen etc.)
- Kraftbetonte Sportarten, Krafttraining
- Spielsportarten (Ballspiel etc.)
- Fun- und Risikosportarten (Alpinski, Snowboarding, Mountainbiking, Gleitschirmfliegen etc.)
- Ich habe keinen Sport betrieben (ausser Reiten)

D 32 Meine **Ernährung während der Schwangerschaft** würde ich am besten so beschreiben

(nur 1 Antwort möglich)

- schnell + bequem
- gesund + fit
- schnell + preiswert
- exklusiv + genussvoll
- gesund + natürlich
- traditionell + gut

D 33 Ich litt vor und während der Schwangerschaft an einer **Erkrankung**, und zwar
Bitte füllen Sie jede Zeile einzeln auch, auch wenn Sie in der Schwangerschaft völlig gesund waren.

| | nein | in den 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft | während der Schwangerschaft |
|--|--------------------------|--|--------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern, offenes Bein, Venenthrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsen-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Karies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten, Zahnfleischartzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfallfolgen, und zwar <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstiges, und zwar <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D 34 Komplikationen

Traten im Verlauf Ihrer Schwangerschaft Komplikationen auf?

- ja (Falls Sie mit Ja antworten, bitte weiter mit D 35)
 nein (Falls Sie mit Nein antworten, bitte weiter mit D 38)

D 35 Während der Schwangerschaft traten folgende **Schwierigkeiten oder Krankheiten** auf
(bitte in jeder Zeile eine Antwort ankreuzen)

| | Trat nicht auf | Während der Zeit, in der Sie geritten sind bis 1 Woche nach dem Aufhören | Wurde später festgestellt |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| Scheiden- oder Harnwegsinfektionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorzeitige Wehentätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorzeitiger Blasensprung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öffnung des Muttermundes (= Zervixinsuffizienz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Entzündung der Gebärmutter und der Fruchtblase (=Amnion-Infektionssyndrom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ablösung der Plazenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangelversorgung der Plazenta (=Plazenta-Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Präeklampsie / Gestose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eklampsie /HELLP-Syndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaftsdiabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stark vermehrtes Fruchtwasser (=Hydramnion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fehlbildungen der Gebärmutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gutartige Tumore (Myome) der Gebärmutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgruppen-Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falsche Lage des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstiges, und zwar <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D 36 Krankenhaus?

Wurden Sie wegen dieser Komplikationen in ein Krankenhaus eingewiesen?

- nein
- ja, und zwar in der -ten Woche der Schwangerschaft
für insgesamt Tage.

D 37 Welche Behandlung?

Welche der folgenden Maßnahmen wurden während der Schwangerschaft durchgeführt?

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Verordnung von Bettruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotikatherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antimykotikatherapie (gegen Pilzkrankungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wehenhemmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magnesiumtherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente zur Lungenreifung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutdrucksenkende Therapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung des Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cerclage (Operative Umschlingung des Muttermundes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Maßnahme | <input type="text"/> | |

D 38 Arzneimittel

Ich hatte in den 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft eine innerliche Behandlung mit Antibiotika oder Antimykotika (d.h. Medikamente gegen Erkrankungen durch Bakterien oder Pilze eingenommen)

- ja
 nein

D 39 Meine Arbeitsbedingungen

Welche der folgenden Arbeitsbedingungen kamen während der Schwangerschaft häufig oder regelmäßig vor, und wie stark fühlten Sie sich dadurch belastet? (für alle Teilnehmerinnen, auch für Berufsreiterinnen)

| | kam nicht vor | kam vor | Ich fühlte mich dadurch | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | nicht belastet | etwas belastet | stark belastet |
| Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperlich schwere Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starke Konzentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwang zu schnellen Entscheidungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit mit Chemikalien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D 40 Belastungen und Stress in der Schwangerschaft

Wie häufig und wie stark fühlten Sie sich durch Arbeit, Beruf, Familie und anderes in der Schwangerschaft belastet? (bitte in jeder Zeile nur 1 Antwort)

| Häufigkeit | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sehr häufig | Häufig | Gelegentlich | Selten | Nie |

| Stärke | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sehr stark | Stark | Es ging so | Kaum | Nie |

D 41 Koffein

Ich habe während der Schwangerschaft Kaffee getrunken (koffeinhaltig) (nur 1 Antwort möglich)

- ja, und zwar im Durchschnitt Tassen pro Tag (1 Tasse = 0,2 l)
- weniger als 1 Tasse
- habe fast nie Kaffee getrunken

D 42 Nikotin (nur 1 Antwort möglich)

- Ich habe noch nie geraucht (bis auf gelegentliches Ausprobieren)
- Ich habe vor der Schwangerschaft schon länger nicht geraucht
- Ich habe das Rauchen eingestellt, als ich erfahren habe, dass ich schwanger bin
↳ HIER WELTER Ich habe vor der Schwangerschaft täglich Zigaretten geraucht.
- Ich habe während der Schwangerschaft geraucht, und zwar durchschnittlich Zigaretten pro Tag

D 43 Passivrauchen

Haben Sie sich während der Schwangerschaft häufiger tagsüber oder abends in Räumen aufgehalten, in denen geraucht wurde? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ja, bei der Arbeit
- Ja, zu Hause
- Ja, an anderen Orten
- Nein

D 44 Ich habe während der Schwangerschaft **Alkohol** getrunken

WEIN, SEKT, OBSTWEIN pro Tag (nur 1 Antwort möglich)

- ja, und zwar im Durchschnitt Glas pro Tag (1 Glas = 0,2 l)
- weniger als 1 Glas
- habe fast nie Wein etc. getrunken

BIER pro Tag (normaler Alkoholgehalt, kein alkoholfreies Bier. Falls Sie alkoholreduziertes Bier getrunken haben, halbieren Sie bitte die Menge, die Sie angeben) (nur 1 Antwort möglich)

- ja, und zwar im Durchschnitt Glas pro Tag (1 Glas = 1/4 l)
- weniger als 1 Glas
- habe fast nie Bier getrunken

SPIRITUOSEN (nur 1 Antwort möglich)

- ja, gelegentlich
- ja, selten
- nein, niemals

D 45 Kinderwunschbehandlung

Ich hatte vor der Schwangerschaft eine Kinderwunschbehandlung
(nur 1 Antwort möglich)

- ja
- nein

D 46 Fehlbildungen

In meiner näheren Familie (1. und 2. Grades) sind Fehlbildungen aufgetreten (nur 1 Antwort möglich)

- ja
- nein

E Die Entbindung

E 47 Dauer der Schwangerschaft

Die Schwangerschaft endete in der Woche.

E 48 Wie viele Kinder?

- Ich habe einen Einling bekommen (nur 1 Kind bei dieser Geburt) (dann weiter bei E 49a)
- Ich habe Mehrlinge bekommen. (dann weiter bei E 49 b)

E 49 a Gewicht und Größe

Das Gewicht des Kindes betrug Gramm,
die Körpergröße betrug cm .

E 49 b Mehrlinge

Gewicht und Größe der Kinder betragen:

- 1. Mehrling Gewicht Gramm, Größe cm.
- 2. Mehrling Gewicht Gramm, Größe cm.
- 3. Mehrling Gewicht Gramm, Größe cm.
- 4. Mehrling Gewicht Gramm, Größe cm.

E 50 Entbindung (nur 1 Antwort möglich)

Die Entbindung verlief

- spontan auf natürlichem Weg
- mit einem geplanten Kaiserschnitt
- mit einem ungeplanten Kaiserschnitt (Noteingriff)
- mit Saugglocke oder Zange.

E 51 Verlauf der Entbindung (Mehrfachantwort möglich)

Die Entbindung...

- verlief ohne Schwierigkeiten
- verlief mit folgenden Schwierigkeiten:

↑
↓

- Ich hatte einen verlängerten Geburtsverlauf oder einen Geburtsstillstand

E 51a In welcher Lage befand sich das Kind bei der Entbindung? (nur 1 Antwort möglich)

- normale Schädellage
- komplizierte Schädellage
- Quer- oder Schräglage.
- Beckenendlage
- unbekannt

E 52 Das Kind nach der Geburt

Und zuletzt noch einige Fragen zu dem Kind (nur 1 Antwort möglich)

- Das Kind (alle Kinder) war (waren) zum Zeitpunkt der Geburt gesund.
- Das Kind (mindestens eines der Kinder) war (waren) krank, und zwar hatte es

- Das Kind (eines der Kinder) ist tot geboren.

E 53 ... und nach einem Jahr

- Das Kind (alle Kinder) war (waren) nach 1 Jahr gesund
- Das Kind (mindestens eines der Kinder) war nach 1 Jahr krank, und zwar litt es an

- Das Kind (mindestens eines der Kinder) ist im Jahr nach der Entbindung verstorben.

E 54 Jahrgang

Die Entbindung fand statt im Jahr

Geschafft!!!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben,
um diesen langen Fragebogen auszufüllen!

Falls Sie mehrere Kinder in Ihrer Zeit als Reiterin bekommen haben - auch wenn Sie zu Beginn der Schwangerschaft mit dem Reiten aufgehört haben - , möchten wir Sie sehr bitten, für jede weitere Schwangerschaft den ganzen Fragebogen noch einmal auszufüllen. Denn keine Schwangerschaft ist genau wie eine andere. Allein die Tatsache, dass schon ein kleines Kind im Haus ist, macht die zweite und jede weitere Schwangerschaft zu einem größeren Abenteuer. Ein Trost vielleicht: Beim zweiten Mal geht das Ausfüllen schon viel schneller.

Und eine große Bitte: Geben Sie doch den Hinweis auf diese Fragebogenaktion an Ihre Freundinnen, Bekannten, Verwandten weiter, die ebenfalls vor oder während ihrer Schwangerschaft geritten sind. Wir brauchen sehr viele Teilnehmerinnen, um bei dieser Untersuchung aussagefähige Ergebnisse zu bekommen.

Wenn Sie an unserer Verlosung teilnehmen möchten, geben Sie uns bitte auf der nächsten Seite noch Ihren Namen und Ihre Adresse bekannt. Wir versichern Ihnen, dass diese Angaben getrennt von dem Fragebogen gespeichert werden. Ihre Angaben zu Ihrer Schwangerschaft bleiben also völlig anonym.

Vorname, Name

Strasse

PLZ, Ort

Falls Sie zu den Hauptgewinnerinnen gehören:

Ich interessiere mich für den 3-tägigen Reitkurs an der

Westfälischen Reit- und Fahrschule Münster

Landesreit- und Fahrschule Rheinland in Langenfeld (zwischen Düsseldorf und Leverkusen)

Falls Sie zu den Gewinnerinnen eines Paares Reithandschuhe gehören:

Meine Handschuhgröße ist

XS

S

M

L

XL

Mit der Speicherung meines Namens, meiner Adresse und den weiteren Angaben zu Reitkurs und Handschuhgröße ausschließlich zum Zweck der Verlosung bin ich einverstanden.

ja

nein

Falls ich ein Paar Handschuhe gewinne, bin ich damit einverstanden, dass mein Namen und meine Adresse an Krämer Pferdesport weitergegeben werden (falls Sie hier NEIN ankreuzen, geben wir Ihre Adresse als fertigen Postaufkleber weiter, die Daten werden dann bei der Firma nicht gespeichert).

ja

nein

Den ausgefüllten Fragebogen bitte senden an

„Schwanger reiten“
S. Kramarz
Bayernallee 18
14052 Berlin

oder per Fax: 030 – 300 99 761

VIELEN DANK!