



Erfahrungsaustausch zu Stiefkindadoptionen und Geburtshilfe bei Zwei-Mütter-Ursprungsfamilien

Viele lesbische Paare mit Kinderwunsch müssen nach der Gründung einer Familie durch den Prozess der Stiefkindadoption. Im Fall der Zwei-Mütter-Ursprungsfamilien wurde trotz „Öffnung der Ehe“ bisher versäumt das Abstammungsrecht anzupassen, so dass die jungen Familien trotz Ehe oder Lebenspartnerschaft diesen oft langen und teilweise beunruhigenden Prozess durchlaufen müssen. Der folgende Fragebogen dient dem Erfahrungsaustausch von Zwei-Mütter-Ursprungsfamilien in Mainz und Mainzer Umland. Die Ergebnisse sollen nicht dazu dienen, einzelne Personen wie Hebammen, Notar*innen oder Ärzt*innen zu denunzieren, sondern Empfehlungen zu geben, um negative Erfahrungen künftig zu vermeiden

Es werden subjektive Erfahrungen abgebildet, daher ist es sinnvoll, dass sowohl die Gebärende als auch die Nicht-Gebärende jeweils einen eigenen Bogen ausfüllen.

Die Fragen im ersten Teil beziehen sich auf die Erfahrungen mit den für die Stiefkindadoption notwendigen Kontakten/Institutionen. Im zweiten Teil geht es um Institutionen der Geburtshilfe und den dortigen Umgang mit Regenbogenfamilien.

Ausgefüllte Fragebögen bitte per Email an: Fragebogen@barjedersicht.de oder per Post an LBSK e.V. Hintere Bleiche 26 in 55116 Mainz. Die ausgefüllten Bögen können außerdem beim Servicepersonal der Bar jeder Sicht abgegeben werden.

Die rücklaufenden Fragebögen werden anonym behandelt! (Hinweis: Wer der Fragebogen elektronisch ausgefüllt und per Email versendet, ist eine 100% Anonymität wegen der Absende-Adresse nicht gegeben – die Email wird aber nicht gespeichert!)

Eine Zusammenfassung der Auswertung kann über info@barjedersicht.de angefragt werden.

Erste Angaben:				
Jahr der Beantragung Stiefkindadoption:		Angabe zur Ausfüller*in: Ich bin: <input type="checkbox"/> Gebärende <input type="checkbox"/> Nicht-Gebärende		
1. Erfahrungen bei der Stiefkindadoption (Zutreffendes bitte ankreuzen)				
Notariat				
Notariat Name:	Hat der*die Notar*in deiner Meinung nach Erfahrung bzw. kennt sich aus mit dem Thema Stiefkindadoption? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hat der*die Notar*in oder Angestellte des Notariats unangemessene oder zu intime Fragen zur Familien-konstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du das Notariat für die Stiefkindadoption weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du dem Notariat? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Hausärzt*in (für Attest Nicht-Gebärende)

Arztpraxis Name	Hat die*der Ärzt*in deiner Meinung nach Erfahrung kennt sich aus mit dem Thema Stiefkindadoption?	Hat der die*der Ärztin oder Mitarbeitende der Praxis unangemessene oder zu intime Fragen zur Familien-konstellation gestellt?	Würdest du die*der Ärzt*in im Rahmen der Stiefkindadoption weiterempfehlen?	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du dem die*der Ärzt*in?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Kinderärzt*in

Arztpraxis Name	Hat die*der Ärzt*in deiner Meinung nach Erfahrung bzw. kennt sich aus mit dem Thema Stiefkindadoption?	Hat der die*der Ärzt*in oder Mitarbeitende der Praxis unangemessene oder zu intime Fragen zur Familien-konstellation gestellt?	Würdest du die*der Ärzt*in ihm Rahmen der Stiefkindadoption weiterempfehlen?	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du dem die*der Ärzt*in?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

2. Institutionen der Geburtshilfe

Gynäkologische Praxis

Praxis Name	Hat die*der Ärzt*in oder Mitarbeitende der Praxis unangemessene oder zu intime Fragen zur Familienkonstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hast du dich als (werdende) Regenbogenfamilie anerkannt gefühlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du die die*der Ärzt*in / die Praxis Regenbogenfamilien weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du der die*der Ärzt*in /der Praxis? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
-------------	--	---	--	---

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Hebamme (Vor- und oder Nachsorge)

Hebamme Name	Hat die Hebamme unangemessene oder zu intime Fragen zur Familienkonstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hast du dich als (werdende) Regenbogenfamilie anerkannt gefühlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du die Hebamme Regenbogenfamilien weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du der Hebamme? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
--------------	--	---	---	---

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Geburtsvorbereitungs-Kurs

Kursangebot von:	Hat die Kursleitung unangemessene oder zu intime Fragen zur Familienkonstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hast du dich als Regenbogenfamilie anerkannt gefühlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du die Kursleitung Regenbogenfamilien weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du der Kursleitung? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
------------------	--	--	---	---

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Geburtsanmeldung

Name Klinik / Geburtshaus	Hat die*der Mitarbeitende der Klinik/Geburtshaus unangemessene oder zu intime Fragen zur Familienkonstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hast du dich als Regenbogenfamilie anerkannt gefühlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du die Klinik/Geburtshaus Regenbogenfamilien weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du der Klinik/Geburtshaus? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
------------------------------	---	--	---	---

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?

Geburt

Name Klinik / Geburtshaus	Hat die*der Hebamme / der*die Ärztin unangemessene oder zu intime Fragen zur Familienkonstellation gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Hast du dich als Regenbogenfamilie anerkannt gefühlt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Würdest du die Klinik/Geburtshaus Regenbogenfamilien weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Welche Gesamtnote (Schulnote 1-6) gibst du der Klinik/Geburtshaus? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
------------------------------	--	--	---	---

Ggf. Kommentar (Falls z.B. unangenehme Fragen gestellt wurden: welcher Art? Oder: Warum hast du dich hier besonders wohl oder unwohl gefühlt?