

التسجيل للولادة

Geburtsanmeldung

البيانات الأساسية

Basisdaten:

رقم الهاتف Telefonnummer:	طلبات تترتب عليها تكاليف إضافية/ توفر تأمين صحي إضافي خاص	الشخص المرافق /يمكن الاتصال به Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt
الطول Größe: الوزن قبل الحمل Gewicht vor der Schwangerschaft: الوزن الحالي Aktuelles Gewicht:	Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	الاسم Name: رقم الهاتف Telefonnummer:
متزوجة <input type="radio"/> في علاقة جادة <input type="radio"/> verheiratet in fester Partnerschaft	غرفة عائلية <input type="radio"/> Familienzimmer غرفة بسرير واحد <input type="radio"/> 1-Bett غرفة بسريرين <input type="radio"/> 2-Bett	القابلة Hebamme:
عزباء <input type="radio"/> مطلقة <input type="radio"/> alleinstehend geschieden	العلاج من قبل رئيس الأطباء <input type="radio"/> Chefarztbehandlung	طبيب/ة النساء Frauenärztin/Frauenarzt:

حملك

Ihre Schwangerschaft

	لا Nein	نعم Ja		لا Nein	نعم Ja
هل كان فحص سكر الحمل غير طبيعي؟ War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تلقيتي لقاح السعال الديكي/ اللقاح الثلاثي؟ Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل لديك ارتفاع ضغط الدم؟ Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تلقيتي لقاح الفيروس المخلوي التنفسي (RSV)؟ Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل تريد إرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تلقيتي لقاح الانفلونزا؟ Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل تدخن أو تستهلكين مخدرات؟ ما هي وكم مرة في اليوم؟ Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wie viel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تتناولين أدوية بانتظام؟ إذا "نعم": ماهي؟ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الأحمال و الولادات السابقة

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	لا Nein	نعم Ja		لا Nein	نعم Ja
هل سبق لك أن أنجبت أطفالاً؟ Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إسقاط طبيعي/اجهاض تلقائي أو ولادة جنين ميت؟ Fehlgeburten oder Totgeburten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
اجهاض محرض؟ Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إذا "نعم": في أي اسبوع من الحمل؟ Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
حمل خارج الرحم/حمل في قناة فالوب؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Eileiter-Schwangerschaft ?

يرجى تقديم معلومات حول ولاداتك السابقة

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

السنة Jahr	المستشفى Krankenhaus	أسبوع الحمل SSW	طريقة الولادة Art der Entbindung	وزن الطفل عند الولادة Geburts- Gewicht	تمزق طبيعي او قص العجان Dammriss oder Dammschnitt	مضاعفات (مثل نزيف) Komplikationen (z.B. Blutungen)	رضاعة طبيعية gestillt
			<input type="radio"/> طبيعية Spontan <input type="radio"/> جهاز الشفط Saugglocke <input type="radio"/> الملقط الجراحي Zange <input type="radio"/> عملية قيصرية Kaiserschnitt		<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja
			<input type="radio"/> طبيعية Spontan <input type="radio"/> جهاز الشفط Saugglocke <input type="radio"/> الملقط الجراحي Zange <input type="radio"/> عملية قيصرية Kaiserschnitt		<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja
			<input type="radio"/> طبيعية Spontan <input type="radio"/> جهاز الشفط Saugglocke <input type="radio"/> الملقط الجراحي Zange <input type="radio"/> عملية قيصرية Kaiserschnitt		<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja
			<input type="radio"/> طبيعية Spontan <input type="radio"/> جهاز الشفط Saugglocke <input type="radio"/> الملقط الجراحي Zange <input type="radio"/> عملية قيصرية Kaiserschnitt		<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja

يرجى طلب نموذج إضافي في حال وجود ولادات أخرى

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben

هل يوجد لدى أحد أطفالك حالة صحية أو طبية خاصة؟ Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? ماهي؟ Welche?	<input type="radio"/> لا Nein <input type="radio"/> نعم Ja
--	---

تاريخك الطبي الشخصي (أمراض سابقة ظهرت قبل حدوث الحمل

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	لا Nein	نعم Ja		لا Nein	نعم Ja
حساسية حادة/شبيهة تحسس لدواء معين أو بعض الأدوية Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	الميل أو الاستعداد للنزف Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
خلل التنسج الوركي/خلع الورك الولادي Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الميل إلى تخثر أو تجلط الدم Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
داء أو مرض السكري Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	فقر الدم/أنيميا Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ارتفاع ضغط الدم Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	صداع نصفي(شقيقة) Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أمراض القلب Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	داء الصرع Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أمراض الكلى Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	اكتئاب Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أمراض الرئة / الربو Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	أمراض نفسية Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
أمراض الغدة الدرقية Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	أمراض معدية مزمنة Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
أمراض الكبد (التهاب الكبد الوبائي) Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	أمراض سرطانية (مثل سرطان الثدي) Kreberkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

التفاصيل

*Details

من أي حساسية تعانيين أو ما هي المواد التي تتحسسين منها؟ Wogegen sind Sie allergisch?
ما هي هذه الأمراض؟ Um welche Erkrankungen handelt es sich?
هل أصبت من قبل بجلطة دموية؟ Hatten Sie bereits eine Thrombose?
هل خضعت لفحص اضطراب تخثر الدم؟ Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
هل خضعت من قبل إلى إجراء نقل الدم؟

Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

<p>هل تخضعين لعلاج طبي أو نفسي بشكل دائم؟ Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?</p>	<input type="radio"/> لا Nein	<input type="radio"/> نعم Ja عند: bei:
<p>هل واجهت أحداثًا صادمة أو تعرضت للعنف الجسدي من قبل؟ Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?</p>	<input type="radio"/> لا Nein	<input type="radio"/> نعم Ja هل تريدان اخبارنا عنها؟ Möchten Sie mit uns darüber sprechen? <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> Ja

الاجراءات الجراحية

Operationen

	لا Nein	نعم Ja		لا Nein	نعم Ja
الزائدة الدودية Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تنظيف أو كحت الرحم (على سبيل المثال : بعد الاجهاض) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
المنظار البطني Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	خزعة عنق الرحم Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
الثدي (مثل سرطان, تصغير أو حشوات) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	البطن (مثل المعدة, الأمعاء او شد البطن) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
عمليات جراحية أخرى Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ماهي؟ welche?		
مشاكل أو مضاعفات عند التخدير Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ماهي؟ welche?		

التاريخ الطبي العائلي

Familienanamnese

	لا Nein	نعم Ja	ما هي و من يعاني منها؟ Welche und bei Wem?
هل يوجد أمراض في العائلة؟ Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? مثل داء السكري, ارتفاع ضغط الدم, جلطات دموية, أمراض وراثية, تشوهات خلقية, اكتئاب, خلل التنسج الوركي (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	