

## Регистрация на раждане Geburtsanmeldung

### Основни данни:

#### Basisdaten:

Телефонен номер: Telefonnummer:	Желаете ли платено/частно допълнително осигуряване Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden <input type="radio"/> Семейна стая Familienzimmer <input type="radio"/> Единична стая 1-Bett <input type="radio"/> Двойна стая 2-Bett <input type="radio"/> Лечение от главен лекар Chefarztbehandlung	Лице за контакт/Придружител при раждане Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt Име: Name: Телефон: Telefonnummer:
Ръст: Größe: Тегло преди бременност: Gewicht vor der Schwangerschaft: Текущо тегло: Aktuelles Gewicht:		Акушерка: Hebamme:
<input type="radio"/> омъжена verheiratet <input type="radio"/> в постоянна връзка in fester Partnerschaft  <input type="radio"/> самотен родител alleinstehend <input type="radio"/> разведена geschieden		Гинеколог: Frauenärztin/Frauenarzt:

### Вашата бременност

#### Ihre Schwangerschaft

	Не Nein	Да Ja		Не Nein	Да Ja
Имате ли отклонения в теста за захар? War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Имате ли ваксина срещу коклюш? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Имате ли високо кръвно налягане? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Имане ли ваксина срещу RSV? Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Желаете ли да кърмите? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Имате ли ваксина срещу грип? Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пушите ли или употребявате ли наркотици? Какво и колко на ден? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Приемате ли редовно лекарства? Ако „Да“: кои? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Предишни бременности и раждания

#### Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	Не Nein	Да Ja		Не Nein	Да Ja
Раждали ли сте преди? Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Спонтанни аборти или мъртвородени деца? Fehlgeburten oder Totgeburten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Прекъсване на бременност? Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ако „Да“: в коя гестационна седмица? Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Извънматочна бременност ? Eileiter-Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

## Информация за ражданията

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Година Jahr	Болница Krankenhaus	Геста ц. седм. SSW	Начин на раждане Art der Entbindung	Тегло при раждане Geburts- Gewicht	Разкъсване/ Епизиотомия Dammriss oder Dammsschnitt	Усложнение (напр.кървене) Komplikationen (z.B. Blutungen)	Кърмено gestillt
			<input type="radio"/> Естествено Spontan <input type="radio"/> Вакуум Saugglocke <input type="radio"/> Форцепс Zange <input type="radio"/> Секцио Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja
			<input type="radio"/> Естествено Spontan <input type="radio"/> Вакуум Saugglocke <input type="radio"/> Форцепс Zange <input type="radio"/> Секцио Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja
			<input type="radio"/> Естествено Spontan <input type="radio"/> Вакуум Saugglocke <input type="radio"/> Форцепс Zange <input type="radio"/> Секцио Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja
			<input type="radio"/> Естествено Spontan <input type="radio"/> Вакуум Saugglocke <input type="radio"/> Форцепс Zange <input type="radio"/> Секцио Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Не Nein  <input type="radio"/> Да Ja

За още раждания, моля поискайте нов лист

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ©

Има ли особености при някое дете? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? Какви? Welche?	<input type="radio"/> Не Nein	<input type="radio"/> Да Ja
--	----------------------------------	--------------------------------

## Вашата медицинска история (болести,които не са свързани с бременността):

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	Не Nein	Да Ja		Не Nein	Да Ja
Алергии/Непоносимост към лекарства Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Склонност към кървене Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *

Дисплазия на тазобедрената става Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Склонност към тромбози Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Захарен диабет Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Анемия (ниска кръв) Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Високо кръвно налягане Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Мигрена Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сърдечно заболяване Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Епилепсия Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Бъбречно заболяване Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Депресия Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Белодробно заболяване/Астма Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Психични заболявания Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Заболяване на щитовидната жлеза Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Хронично инфекциозно заболяване Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Заболяване на черния дроб (Хепатит) Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Онкологични заболявания (напр. Рак на Гърдата) Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## Допълнителна информация

### \*Details

Към какво сте алергична? Wogegen sind Sie allergisch?
За какви заболявания става въпрос? Um welche Erkrankungen handelt es sich?
Имате ли прекарана тромбоза? Hatten Sie bereits eine Thrombose?
Изследвали ли сте нарушения на кръвосъсирването? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
Получавали ли сте кръвопреливане? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

Намирате ли се в постоянна лекарска или терапевтична терапия? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/> <b>Не</b> Nein	<input checked="" type="radio"/> <b>Да</b> Ja при: bei:
Имали ли сте травматични преживявания или някога изпитвали ли сте физическо насилие? Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	<input type="radio"/> <b>Не</b> Nein	<input checked="" type="radio"/> <b>Да</b> Ja  Желаете ли да поговорите с нас за това? Möchten Sie mit uns darüber sprechen? <input type="radio"/> <b>Не</b> <b>Nein</b> <input checked="" type="radio"/> <b>Да</b> <b>Ja</b>

## Операции

### Operationen

	Не Nein	Да Ja		Не Nein	Да Ja
Апендикс Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Кюретаж (напр. след спонтанен аборт) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Лапароскопия Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Конизация на маточната шийка Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Гърди (напр. рак, намаляване или импланти) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Корем (напр. Коремна пластика, стомах или черва) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Други операции Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Кои? welche?		
Проблеми с анестезия Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Кои? welche?		

### Фамилна анамнеза

#### Familienanamnese

	Не Nein	Да Ja	Кои и при кого? Welche und bei Wem?
Има ли заболявания във вашето семейство? Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (напр. Диабет, Високо кръвноналягане, Тромбоза, Наследствени болести, Малформации, Депресия, Дисплазияна тазобедрената става) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	