

Inscription à la naissance Geburtsanmeldung

Informatins de base:

Basisdaten:

Numero de téléphone: Telefonnummer:	<input type="radio"/> Souhaitez-vous des prestations payantes / avez-vous une assurance complémentaire privée ? Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	Personne de contact / accompagnant pour l'accouchement: Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt
La taille: Größe: Le poids avant la grossesse: Gewicht vor der Schwangerschaft: Le poids actuelle: Aktuelles Gewicht:	<input type="radio"/> Chambre familiale Familienzimmer <input type="radio"/> Chambre individuelle (1 lit) 1-Bett <input type="radio"/> Chambre double (2 lits) 2-Bett <input type="radio"/> Prise en charge par le médecin-chef Chefarztbehandlung	Nom: Name: Numéro de téléphone: Telefonnummer:
<input type="radio"/> Mariée verheiratet <input type="radio"/> Célibataire alleinstehend	<input type="radio"/> Encouple(relation stable) in fester Partnerschaft <input type="radio"/> Séparée / divorcée geschieden	Sage-femme: Hebamme: Gynécologue: Frauenärztin/Frauenarzt:

Votre grossesse

Ihre Schwangerschaft

	Non Nein	Oui Ja		Non Nein	Oui Ja
Est-ce que votre test de glycémie était anormal ? War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avez-vous reçu le vaccin contre la coqueluche ? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous de l'hypertension (tension élevée) ?Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avez-vous reçu le vaccin contre le RSV (virus respiratoire syncytial) ? Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souhaitez-vous allaiter votre enfant ? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avez-vous reçu le vaccin contre la grippe ? Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumez-vous ou consommez-vous des drogues ? Si oui : quelle substance ? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prenez-vous des médicaments régulièrement ? Si oui : lesquels ? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grossesses et accouchement précédents

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	Non Nein	Oui Ja		Non Nein	Oui Ja
avez-vous déjà eu des enfants? Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fausse couche? Avortement?né? Mort in utero? Fehlgeburten oder Totgeburten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interruption de grossesse ?Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui en quelle semaine de grossesse? Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Grossesse extra-utérine (dans la trompe) ? Eileiter-Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Veillez nous fournir des informations sur vos accouchements Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Année Jahr	Hôpital Krankenhaus	Semaines de grossesse SSW	Moyen d'accouchement Art der Entbindung	Poids de naissance. Geburts- Gewicht	Déchirure périnéale ou épisiotomie Dammriss oder Dammschnitt	Complications? Ex: (Hémorragie) Komplikationen (z.B. Blutungen)	Allaité? gestillt
			<input type="radio"/> normal Spontan <input type="radio"/> ventouse Saugglocke <input type="radio"/> forceps Zange <input type="radio"/> césarienne Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja
			<input type="radio"/> normal Spontan <input type="radio"/> ventouse Saugglocke <input type="radio"/> forceps Zange <input type="radio"/> césarienne Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja
			<input type="radio"/> normal Spontan <input type="radio"/> ventouse Saugglocke <input type="radio"/> forceps Zange <input type="radio"/> césarienne Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja	<input type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja

Pour d'autres accouchements, veuillez demander une feuille supplémentaire

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ©

Y a-t-il des particularités chez un enfant ? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? Lesquelles Welche?	<input type="radio"/> Non Nein	<input type="radio"/> Oui Ja
---	-----------------------------------	---------------------------------

Vos antécédents médicaux personnels (maladies préexistantes indépendamment de la grossesse).

Ihre eigene Krankheitsgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	Non Nein	Oui Ja		Non Nein	Oui Ja
Allergies / intolérance aux médicaments Allergien Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Tendance aux saignements Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Dysplasie de la hanche (problème de formation de la hanche) Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tendance à la thrombose (risque de caillots sanguins) Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Diabète melitus Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anémie Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension artérielle Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migraine Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie cardiaque Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Epilepsie Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie rénale Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Dépression Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie pulmonaire / asthme Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Maladie psychique Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Maladie de la thyroïde Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Maladie infectieuse chronique Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Maladie du foie (hépatite) Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Cancer (par exemple cancer du sein) Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *

*Details

*Details

À quoi êtes-vous allergique ? Wogegen sind Sie allergisch?
De quelles maladies s'agit-il ? Um welche Erkrankungen handelt es sich?
Avez-vous déjà eu une Thrombose ? Hatten Sie bereits eine Thrombose?
Avez-vous été examiné(e) pour des troubles de la coagulation du sang ? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

Êtes-vous actuellement en suivi médical ou thérapeutique régulier ? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/> Non Nein	<input type="radio"/> Oui Ja
		Chez: bei:
	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

<p>Avez-vous vécu des événements traumatisants ou subi des violences physiques dans votre vie ?</p> <p>Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?</p>	<p>Nein</p>	<p>Ja</p> <p>Souhaitez-vous en parler avec nous ? Möchten Sie mit uns darüber sprechen?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Non Nein <input type="radio"/> Oui Ja</p>
--	-------------	--

Interventions chirurgicales

Operationen

	Non Nein	Oui Ja		Non Nein	Oui Ja
Appendice (opération de l'appendicite) Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Curetage (par exemple après une fausse couche) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cœlioscopie / laparoscopie (opération avec caméra dans le ventre) Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Conisation du col de l'utérus (intervention sur le col) Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sein (ex : cancer, réduction mammaire ou implants) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdomen (ex : chirurgie esthétique du ventre, estomac ou intestins) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres opérations Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles welche?		
Problèmes lors d'anesthésie Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles welche?		

Antécédents familiaux

Familienanamnese

	Non Nein	OUI Ja	quelle(s) maladie(s) et Chez quel membre de la famille Welche und bei Wem?
Y a-t-il des maladies dans votre famille ? (Ex: Diabète, Hypertension artérielle, Thrombose, maladies héréditaires, malformations, Dépression, dysplasie de la hanche) Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familiem? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	