Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

Registrazione in Sala Parto
Geburtsanmeldung

Informazioni di base
Basisdaten:

Numero di Telefono Telefonnummer:	Richieste a pagamento /incluse con l'assicurazione privata Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden ◯ camera familiare Familienzimmer ◯ camera singola 1-Bett ◯ camera doppia 2-Bett	Persona di riferimento/ Accompagnatore al Parto Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt Nome Name: Numero di telefono Telefonnummer:
Altezza Größe: Peso prima della Gravidanza Gewicht vor der Schwangerschaft: Peso Attuale Aktuelles Gewicht:		
◯ sposata verheiratet ◯ in una relazione in fester Partnerschaft ◯ non coniugata alleinstehend ◯ separata geschieden	◯ Trattamento del medico primario Chefarztbehandlung	Ostetrica Hebamme: Ginecologo/Ginecologa Frauenärztin/Frauenarzt:

La sua Gravidanza
Ihre Schwangerschaft

	no Nein	sí Ja		no Nein	sí Ja
Il test della glicemia ha dato valori anomali? War ihr Zuckertest auffällig?	◯	◯	Ha effettuato il vaccino contro la pertosse? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	◯	◯
Ha la pressione alta? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	◯	◯	Ha effettuato il vaccino contro RSV? Impfung gegen RSV erhalten?	◯	◯
Desidera allattare? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	◯	◯	Ha effettuato il vaccino contro l'influenza? Impfung gegen Grippe erhalten?	◯	◯
Fuma o consuma droghe? Se sí, cosa e quanto al giorno? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	◯	◯	Prende medicine regolarmente? Se sí, quali? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja": Welche?	◯	◯

Gravidanze e parti precedenti
Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	no Nein	sí Ja		no Nein	sí Ja
Ha giá partorito? Haben Sie schon Kinder geboren?	◯	◯	Ha mai avuto aborti o morti intrauterine? Fehlgeburten oder Totgeburten ?	◯	◯
Ha mai interrotto una gravidanza? Schwangerschaftsabbruch?	◯	◯	Se sí, in quale settimana di gravidanza? Falls „Ja": Welcher Schwangerschaftswoche?		

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

Ha mai avuto una gravidanza extrauterina? Eileiter-Schwangerschaft ?	◯	◯

Informazioni su i suoi parti precedenti

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Anno Jahr	ospedale Krankenhaus	settimana di gravidanza SSW	Tipo di parto Art der Entbindung	Peso alla nascita Geburts-Gewicht	Lacerazioni od Episiotomia Dammriss oder Dammschnitt	Complicazioni (es: Emorragia) Komplikationen (z.B. Blutungen)	Ha allattato? gestillt
			◯ spontaneo Spontan ◯ ventosa Saugglocke ◯ forcipe Zange ◯ cesareo Kaiserschnitt		◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**
			◯ spontaneo Spontan ◯ ventosa Saugglocke ◯ forcipe Zange ◯ cesareo Kaiserschnitt		◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**
			◯ spontaneo Spontan ◯ ventosa Saugglocke ◯ forcipe Zange ◯ cesareo Kaiserschnitt		◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**
			◯ spontaneo Spontan ◯ ventosa Saugglocke ◯ forcipe Zange ◯ cesareo Kaiserschnitt		◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**	◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**

per altri parti può richiedere un'altro foglio ☺

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ☺

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum Neuss Lukaskrankenhaus

Ha uno dei suoi figli malattie o problemi particolari? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? Quali? Welche?	◯ **no** **Nein**	◯ **sí** **Ja**

La sua Anamnesi personale (malattie precedenti, non relative alla gravidanza)

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	no **Nein**	**sí** **Ja**		**no** **Nein**	**sí** **Ja**
Allergie o intolleranze Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	◯	◯ *	Predisposizione a sanguinamenti Blutungsneigung	◯	◯*
Displasia dell'anca Hüftdysplasie	◯	◯	Predisposizione a trombosi Thromboseneigung	◯	◯*
Diabete mellito Diabetes mellitus	◯	◯	Anemia Anämie (Blutarmut)	◯	◯
Pressione alta Bluthochdruck	◯	◯	Emicrania Migräne	◯	◯
Malattie cardiache Herzerkrankung	◯	◯*	Epilessia Epilepsie	◯	◯
Malattie renali Nierenerkrankung	◯	◯*	Depressione Depression	◯	◯
Malattie polmonari/ asma Lungenerkrankung / Asthma	◯	◯*	Malattie psichiche Psychische Erkrankungen	◯	◯*
Malattie della tiroide Schilddrüsenerkrankung	◯	◯*	Malattie infettive croniche Chronische Infektionserkrankung	◯	◯*
Malattie epatiche (epatiti) Lebererkrankung (Hepatitis)	◯	◯*	Tumori Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	◯	◯*

Dettagli

***Details**

A cosa é allergica? Wogegen sind Sie allergisch?
Di quale malattie si tratta? Um welche Erkrankungen handelt es sich?
Ha giá avuto una trombosi? Hatten Sie bereits eine Thrombose?

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum Neuss Lukaskrankenhaus

É stata esaminata per disturbi della coagulazione? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?	
Ha mai ricevuto una trasfusione di sangue? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?	

È attualmente in trattamento medico o terapeutico continuativo? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	◯ no **Nein**	◯ sí **Ja** **da chi?** bei:
Ha mai subito nella sua vita eventi traumatici o violenze fisiche? Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	◯ no **Nein**	◯ sí **Ja** Vuole parlarne con noi? Möchten Sie mit uns darüber sprechen? ◯ no **Nein** ◯ sí **Ja**

Operazioni

Operationen

	no **Nein**	**sí** **Ja**		**no** **Nein**	**sí** **Ja**
Appendice Blinddarm	◯	◯	Raschiamento (es. dopo un aborto) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	◯	◯
Laparoscopia Bauchspiegelung	◯	◯	Conizzazione del collo dell'utero) Konisation am Gebärmutterhals	◯	◯
Seno (es. Cancro, riduzione o protesi) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	◯	◯	Addome (es. addominoplastica, stomaco o intestino) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	◯	◯
Altre operazioni Andere Operationen	◯	◯	quali? welche?		
Problemi con l'anestesia Probleme bei Narkosen	◯	◯	quali? welche?		

Anamnesi Familiare

Familienanamnese

	no **Nein**	**si** **Ja**	Quali malattie e in chi? Welche und bei Wem?

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

Ci sono malattie nella sua famiglia? Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (per esempio: Diabete, pressione alta, trombosi, Depressione, Displasia dell'anca, malattie ereditarie, malformazioni) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	○	○	