

تۆماری لهدایکبوون

Geburtsanmeldung

زانیاری سهرمتایی

Basisdaten:

ژماره‌ی تله‌فون Telefonnummer:	نار مزو و مکان دمخ‌زینه ژیر باری تیچووی / بیمه‌ی تهاوکاری تاییمتی بمردهست	پیومندی به کس / یاهوری بۆ لهدایک بوون Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt ناو Name: ژماره‌ی تله‌فون Telefonnummer:
بالآ Größe: کیش پیش دووگیانی Gewicht vor der Schwangerschaft: کیشی همنووکیی Aktuelles Gewicht:	Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	مامان Hebamme:
☐ هاوسرگیری verheiratet	☐ له پیومندیکی بمردهوام in fester Partnerschaft	پزشکی ژنان Frauenärztin/Frauenarzt:
☐ زگورتی alleinstehend	☐ جیلاو geschieden	
	☐ ژووری خیزان Familienzimmer ☐ قهر موئله 1 1-Bett ☐ قهر موئله 2 2-Bett ☐ سهرۆکی پزشکی Chefarztbehandlung	

سکیریت

Ihre Schwangerschaft

	نا Nein	بلی Ja		نا Nein	بلی Ja
نایا پشکینیی شمکری ناناسایی بوو؟ War ihr Zuckertest auffällig?	☐	☐	نایا کوتانی دژی کوکه و مردگریب Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	☐	☐
نایا تو بمرزی فشاری خوننت همیه؟ Haben Sie erhöhten Blutdruck?	☐	☐	نایا کوتانی دژ به RSV و مرگرتووه Impfung gegen RSV erhalten?	☐	☐
حمز دمکیمت شیر ی به مندالکیمت بدهیت؟ Möchten Sie Ihr Kind stillen?	☐	☐	نایا کوتانی نفلوننتزات و مرگرتووه؟ Impfung gegen Grippe erhalten?	☐	☐
نایا جگهره دمکیشیت یان ماده‌ی هوشبهر بکار دهه‌نینیت؟ روژانه چی و چهند؟ Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	☐	☐	نایا بمردهوام دمرمان دمخوی؟ نهمگر بملی کامان: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	☐	☐

دووگیانی و لهدایکبوونه پیشووته‌کا

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	نا Nein	بلی Ja		نا Nein	بلی Ja
نایا پیشتر مندالت همبوو Haben Sie schon Kinder geboren?	☐	☐	نایا سکومتن یان لهدایکبوونی مندالی مردوو همبووه؟ Fehlgeburten oder Totgeburten ?	☐	☐

لەبار چوون؟ Schwangerschaftsabbruch?	☐	☐	ئەگەر بەلەن: چ ھەفتەیکە دووگیانی؟ Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?
دووگیانی نۆری فالوپ؟ Eileiter-Schwangerschaft ?	☐	☐	

تکایە زانیاری پیمان بەدەن سەبارەت بە لەدایکبوونەکانتان

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

سأل Jahr	نەخۆشخانە Krankenhaus	هەفتە SSW	جۆری منالبون Art der Entbindung	کێشی لەدایکبوون Geburts- Gewicht	برین Dammriss oder Dammchnitt	کێشەکان (وەک خوێنبردان Komplikationen (z.B. Blutungen)	شیرت داوھ gestillt
			☐ سروشتی Spontan ☐ قۆپەیی کێشاندن Saugglocke ☐ قۆرچەپس Zange ☐ برینی رحم Kaiserschnitt		☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja	☐ نا Nein ☐ بەلەن Ja

بۆ لەدایکبوونەکانی زیاتر، تکایە لاپەڕەیەکەی زیاده وەرگیرن

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ©

ئایا لە منداڵەکەدا تایبەتمەندی ھەیە؟ Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? کام؟ Welche?	☐ نا Nein	☐ بەلەن Ja
---	----------------------------------	-----------------------------------

میژووی نهخوشی خوتان (نهخوشیهکانی پیشووتر بهی پهیوندی به دوگیانی)

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	نا Nein	بەلێ Ja		نا Nein	بەلێ Ja
حساس / نهگونجانی به دهرمان Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	☐	☒ *	مایه‌ی خوینبهردان Blutungsneigung	☐	☒ *
نهگونجانی مفصلی قهلمون Hüftdysplasie	☐	☐	مایه‌ی تۆمۆس Thromboseneigung	☐	☒ *
شکره Diabetes mellitus	☐	☐	کهمخوینی Anämie (Blutarmut)	☐	☐
زەخت Bluthochdruck	☐	☐	میگرین Migräne	☐	☐
نهخوشی دل Herzerkrankung	☐	☒ *	ئێپیلەپسی Epilepsie	☐	☐
نهخوشی گورچله Nierenerkrankung	☐	☒ *	خەمۆکی Depression	☐	☐
نهخوشی سیهمه / ناستما Lungenerkrankung / Asthma	☐	☒ *	نهخوشی دهر و نیهکان Psychische Erkrankungen	☐	☒ *
نهخوشی غوده‌ی Schilddrüsenerkrankung	☐	☒ *	نهخوشی عفونی درێژخایه Chronische Infektionserkrankung	☐	☒ *
نهخوشی خگر Lebererkrankung (Hepatitis)	☐	☒ *	نهخوشی شیر پەنخه Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	☐	☒ *

وردهکار بیهکان

*Details

به چي حساسیت هیه؟ Wogegen sind Sie allergisch?
کام نهخوش؟ Um welche Erkrankungen handelt es sich?
ئایا پێشتر تۆمۆزەت هه‌بووه؟ Hatten Sie bereits eine Thrombose?
ئایا پشکنیت بۆ کراوه بۆ نارێکی خوین لێدان؟ Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
ئایا تا ئێستا خوینت وەرگرتووه؟ Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

ئایا تۆ لەژێر چارەسەری پزشکی یان چارەسەری بەردەوامیت؟ Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	☐ نا Nein	☒ بەلێ Ja x bei:
ئایا لە ژياندا ئەزمونی تراوماتیکی هه‌بووه، یان هەرگیز توندوتیژی جەستەیی له ژياندا ئەزمون کردووه؟	☐ نا Nein	☒ بەلێ Ja حەز دەکەیت قسە‌ی لەسەر بکە‌ی

Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	☐ نا Nein ☐ بەلى Ja
---	---

نەشتەرگەراییەکان

Operationen

	نا Nein	بەلى Ja		نا Nein	بەلى Ja
پاشكو Blinddarm	☐	☐	کوریتاج (بۇ نمونه پاش لەبارچوون) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	☐	☐
لايارۆسكۆپى Bauchspiegelung	☐	☐	برینی کۆنئی لە ملی رحم Konisation am Gebärmutterhals	☐	☐
مەمەك Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	☐	☐	سك(رێكخستنی پێستی سك...) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	☐	☐
ئۆپەراسیۆنەكانى ت Andere Operationen	☐	☐	كام welche?		
كێشەى بېنج Probleme bei Narkosen	☐	☐	كام welche?		

مێژووی پزشکی خێزانی

Familienanamnese

	نا Nein	بەلى Ja	كام و لەگەڵ كى؟ Welche und bei Wem?
ئایا هیچ نەخشەبەك لە خێزانەكەتدا ھەیە Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (بۇ نمونه شەكرە ، بەرزى فشارى خوین ، خوین خوین ، نەخشەى بۆ ماویى ، ناتەواویى ، خەمۆكى ، دیسپلازى ران) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	☐	☐	