

Meldowanie na Porod

Geburtsanmeldung

Basisdaten:

Imie, Nazwisko/ Numer Telefonu Name: Telefonnummer:	Dodatkowe ubezpieczenie lub zyczenie o platny pokuj	Osoba towarzysząca podczas porodu Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt
wzrost Größe: Waga przed ciąza Gewicht vor der Schwangerschaft: Aktualna Waga Aktuelles Gewicht:	Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden <input type="radio"/> pokuj rodzinny Familienzimmer <input type="radio"/> pokoj osobny 1-Bett <input type="radio"/> pokoj dwuosobowy 2-Bett	Imie nazwisko Name: Numer telefonu Telefonnummer:
<input type="radio"/> mezatka verheiratet <input type="radio"/> w partnerstwie in fester Partnerschaft <input type="radio"/> samotna bez Partnera alleinstehend <input type="radio"/> rozwodka geschieden	<input type="radio"/> Chefarztbehandlung	Polozna Hebamme:
		Ginekolog Frauenärztin/Frauenarzt:

Ciaza

Ihre Schwangerschaft

	nie Nein	tak Ja		nie Nein	tak Ja
Czy byl wynik badania poziomu cukru we krwi nieprawidlowy? War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ma pani szczepionke na krztusiec Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy ma Pani podwyzszone cisnienie? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ma pani szczepionke przeciwko RSV Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcialaby pani karmic piersia? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ma pani szczepionke przeciwko Grypie Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pali Pani, czy zazywa narkotyki? Co i ile? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Czy biece pani regularnie leki? Jakie? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Poprzednie ciaze

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	Nie Nein	tak Ja		nie Nein	tak Ja
Czy urodzila pani juz dzieci Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Poronila pani Fehlgeburten oder Totgeburten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Przerwala pani ciaze Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	W ktorym tygodniu Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Ciaza pozamaciczna Eileiter-Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Informacje o porodach

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Rok Jahr	Szpital Krankenhaus	Tydzien SSW	Sposob urodzenia Art der Entbindung	Waga dziecka Geburts-Gewicht	Uraz porodowy Dammriss oder Dammschnitt	Komplikacje (krwawienie) Komplikationen (z.B. Blutungen)	Karmila Pani gestillt
			<input type="radio"/> normalny porod Spontan <input type="radio"/> porod Vakum Saugglocke <input type="radio"/> porod kleszczowy Zange <input type="radio"/> cesarke Kaiserschnitt		<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja
			<input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt		<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja
			<input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt		<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja
			<input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt		<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja	<input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ☺

Sa dzieci zdrowe Sind ihre Kinder gesund? choroby Krankheiten?	<input type="radio"/> nie Nein	<input type="radio"/> tak Ja
---	-----------------------------------	---------------------------------

Osobista historia medyczna

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	nie Nein	tak Ja		nie Nein	tak Ja
Alergia Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Skłonosc do krwawien Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
dysplazja stawu biodrowego Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Skłonosc do zakrzepicy Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *

cukrzyca Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedokrwistosc Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wysokie cispnienie Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	migrena Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
choroby serca Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	padaczka Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroby nerek Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	depresja Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroby pluc Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Choroby psychiczne Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Choroby tarczycy Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	choroby zakazne Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Choroby watroby Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	choroby nowotworowe Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *

Blizsze dane

*Details

<p>Jakie uczulenia</p> <p>Wogegen sind Sie allergisch?</p>
<p>Jakie choroby</p> <p>Um welche Erkrankungen handelt es sich?</p>
<p>Miala pani zakrzepice</p> <p>Hatten Sie bereits eine Thrombose?</p>
<p>Badania w kierunku sklonnosci do zakrzepicy</p> <p>Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?</p>
<p>Otrzymała pani kiedys transfuzje krwi</p> <p>Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?</p>

<p>Ma Pani jakies stale leczenie</p> <p>Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?</p>	<p><input type="radio"/> nie Nein</p>	<p><input type="radio"/> tak Ja gdzie bei:</p>
<p>Czy w przeszlosci miala Pani jakies traumatyczne przezycia lub akty przemocy?</p> <p>Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?</p>	<p><input type="radio"/> nie Nein</p>	<p><input type="radio"/> tak Ja</p> <p>czy czuje Pani potrzebe rozmowy na ten temat? Möchten Sie mit uns darüber sprechen?</p> <p><input type="radio"/> nie Nein <input type="radio"/> tak Ja</p>

Operacje

Operationen

	nie Nein	tak Ja		nie Nein	tak Ja
Wyrostek Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lyrzeczkowanie macicy Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
laparoskopie Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	konizacja Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
piersi Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	brzucha Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jakiegolwiek operacje Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	jakie welche?		
Problemy z znieczuleniem Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	jakie welche?		

Historia rodzinna

Familienanamnese

	nie Nein	tak Ja	jakie Welche und bei Wem?
Choroby rodzinne Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? cukrzyca, depresja, wady rozwojowe (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	