

Doğum kaydı Geburtsanmeldung

Kişisel temel bilgiler Basisdaten:

Telefon numarası: Telefonnummer:	Ücretli olan istekler/ Özel ek sigorta mevcut	Refakatçi/Doğumda eşlik edecek kişi Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt
Boy: Größe: Gebelik öncesi kilo: Gewicht vor der Schwangerschaft: Güncel kilo: Aktuelles Gewicht:	Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	İsim: Name: Telefon numarası: Telefonnummer:
<input type="radio"/> evli verheiratet	<input type="radio"/> Aile Odası Familienzimmer	Ebe:
<input type="radio"/> birlikteliği var in fester Partnerschaft	<input type="radio"/> 1 kişilik oda 1-Bett	Hebamme:
<input type="radio"/> bekâr alleinstehend	<input type="radio"/> 2 kişilik oda 2-Bett	Kadın doğum uzmanı (Jinekolog): Frauenärztin/Frauenarzt:
<input type="radio"/> boşanmış geschieden	<input type="radio"/> Başhekim muayenesi Chefarztbehandlung	

Gebeliğiniz

Ihre Schwangerschaft

	Hayır Nein	Evet Ja		Hayır Nein	Evet Ja
Şeker testi anormal miydi? War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Boğmaca aşısı yaptırdınız mı? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yüksek tansiyonunuz var mı? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RSV aşısı yaptırdınız mı? Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebeğinizi emzirmek ister misiniz? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grip aşısı yaptırdınız mı? Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigara içiyor veya uyuşturucu kullanıyor musunuz? Günde ne kadar ve ne? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız, hangilerini? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Önceki gebelikler ve doğumlar

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	Hayır Nein	Evet Ja		Hayır Nein	Evet Ja
Daha önce doğum yaptınız mı? Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Düşükler veya ölü doğumlar? Fehlgeburten oder Totgeburten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebelik sonlandırması? Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Evet ise, hangi gebelik haftasındaydı? Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Dış gebelik? Eileiterschwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Lütfen doğumlarınızla ilgili bilgileri veriniz

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Yıl Jahr	Hastane Krankenhaus	Gebelik haftası SSW	Doğum şekli Art der Entbindung	Doğum kilosu Geburts- Gewicht	Yırtık veya kesim Dammriss oder Dammschnitt	Komplikasyonlar (örn. kanama) Komplikationen (z.B. Blutungen)	emzirildi gestillt
			<input type="radio"/> Normal Doğum Spontan <input type="radio"/> Vakum ile Doğum Saugglocke <input type="radio"/> Maşa ile Doğum Zange <input type="radio"/> Sezaryen Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja
			<input type="radio"/> Normal Doğum Spontan <input type="radio"/> Vakum ile Doğum Saugglocke <input type="radio"/> Maşa ile Doğum Zange <input type="radio"/> Sezaryen Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja
			<input type="radio"/> Normal Doğum Spontan <input type="radio"/> Vakum ile Doğum Saugglocke <input type="radio"/> Maşa ile Doğum Zange <input type="radio"/> Sezaryen Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja
			<input type="radio"/> Normal Doğum Spontan <input type="radio"/> Vakum ile Doğum Saugglocke <input type="radio"/> Maşa ile Doğum Zange <input type="radio"/> Sezaryen Kaiserschnitt		<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja	<input type="radio"/> Hayır Nein <input type="radio"/> Evet Ja

Diğer doğumlar için lütfen ayrı bir sayfa isteyiniz ©

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ©

Çocuğunuzda herhangi bir özel durum var mı? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? Hangileri? Welche?	<input type="radio"/> Hayır Nein	<input type="radio"/> Evet Ja
--	-------------------------------------	----------------------------------

Kendi hastalık geçmişiniz (gebelikten bağımsız önceki hastalıklar)

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	Hayır Nein	Evet Ja		Hayır Nein	Evet Ja
Alerjiler/ilaçlara karşı hassasiyet Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Kanama Eğilimi Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Kalça displazisi (Kalça eklemimin tam gelişmemesi) Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pıhtılaşma eğilimi Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Şeker hastalığı Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemi (Kansızlık) Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Yüksek tansiyon Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migren Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalp hastalığı Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epilepsi Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Böbrek hastalığı Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Depresyon Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akciğer hastalığı/Astım Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Psikiyatrik hastalıklar / Ruhsal hastalıklar Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tiroid hastalığı Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Kronik enfeksiyon hastalığı Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Karaciğer hastalığı (Hepatit) Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Kanser hastalıkları (ör. Meme kanseri) Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Detaylar

*Details

Neye karşı alerjiniz var? Wogegen sind Sie allergisch?
Hangi hastalıklar söz konusu? Um welche Erkrankungen handelt es sich?
Daha önce damarınızda pıhtı oluştu mu? Hatten Sie bereits eine Thrombose?
Pıhtılaşma bozukluğu açısından incelendiniz mi? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
Daha önce size kan nakli yapıldı mı? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

Sürekli doktor veya terapi tedavisi görüyor musunuz? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/> Hayır Nein	<input type="radio"/> Evet Ja Kimde? bei:
Hayatınızda travmatik olaylar yaşadınız mı veya fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	<input type="radio"/> Hayır Nein	<input type="radio"/> Evet Ja Bizimle bunu paylaşmak ister misiniz? Möchten Sie mit uns darüber sprechen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Ameliyatlar

Operationen

	Hayır Nein	Evet Ja		Hayır Nein	Evet Ja
Apandisit Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Küretaj (örn. düşük sonrası) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparoskopi (karın içi muayenesi) Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Serviks konizasyonu (Rahim ağzından doku alınması) Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Göğüs (örn. kanser, küçültme veya implantlar) Bust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Karın (örn. karın germe, mide veya bağırsak) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer ameliyatlar Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hangileri? Welche?		
Anestezi ile ilgili sorunlar Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hangileri? Welche?		

Aile hastalık geçmişi

Familienanamnese

	Hayır Nein	Evet Ja	Hangileri ve kimde? Welche und bei Wem?
Ailenizde herhangi bir hastalık var mı? Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? örn. şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kan pıhtısı, kalıtsal hastalıklar, doğum kusurları, depresyon, kalça eklemi sorunu) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	