Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

د زیږون ثبت‌نام
Geburtsanmeldung

بنسټیز معلومات
Basisdaten:

د ټیلیفون شمېره: Telefonnummer:	ایا تاسې د اضافي لګښت خدمات یا شخصي بیمه لرئ؟ Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden ◯ د کورنۍ خونه Familienzimmer ◯ یوه تخته خونه 1-Bett ◯ دوه تخته خونه 2-Bett ◯ د مشر ډاکټر درملنه Chefarztbehandlung	د زیږون ملګری / د تماس کس Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt نوم: Name: د ټیلیفون شمېر: Telefonnummer:
قد: Größe: د امیندوارۍ څخه مخکې وزن: Gewicht vor der Schwangerschaft: اوسنی وزن: Aktuelles Gewicht:		قابله: Hebamme:
◯ واده شوی ◯ په ثابته اړیکې کې verheiratet in fester Partnerschaft ◯ مجرد ◯ طلاق شوی alleinstehend geschieden		د ښځو ډاکټر: Frauenärztin/Frauenarzt:

ستاسو امیندواری
Ihre Schwangerschaft

	نه Nein	هو Ja		نه Nein	هو Ja
ایا ستاسو د شکر ازموینه غیرنورمال وه؟ War ihr Zuckertest auffällig?	◯	◯	ایا تاسو د توري ټوخې واکسین اخیستی؟ Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	◯	◯
ایا تاسو د وینې لوړ فشار لرئ؟ Haben Sie erhöhten Blutdruck?	◯	◯	ایا تاسو د RSV واکسین اخیستی د؟ Impfung gegen RSV erhalten?	◯	◯
ایا غواړئ خپل ماشوم ته شیدې ورکړئ؟ Möchten Sie Ihr Kind stillen?	◯	◯	ایا تاسو د زکام واکسین اخیستی؟ Impfung gegen Grippe erhalten?	◯	◯
ایا سګرټ څکوئ یا نشه‌یي مواد کاروئ؟ څه او په ورځ کې څومره؟ Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	◯	◯	ایا تاسو په منظم ډول درمل کاروئ؟ که هو کوم؟ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	◯	◯

پخوانۍ امیندواری او زیږونونه
Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	نه Nein	هو Ja		نه Nein	هو Ja
ایا مخکې مو ماشوم زیږولی؟ Haben Sie schon Kinder geboren?	◯	◯	ایا سقط یا مړ زیږون مو درلود؟ Fehlgeburten oder Totgeburten ?	◯	◯
ایا سقط مو کړی؟ Schwangerschaftsabbruch?	◯	◯	که هو د امیندواری په کومه اوونۍ کې؟ Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
ایا د رحم څخه بهر امیندواری مو درلوده؟ Eileiter-Schwangerschaft ?	◯	◯			

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

مهرباني وکړئ د خپلو پخوانيو زيږونونو په اړه معلومات راکړئ

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

کال Jahr	روغتون Krankenhaus	د امیندوارۍ اونۍ SSW	د زیږون ډول Art der Entbindung	د ماشوم د زیږون وزن Geburts-Gewicht	د زیږون پر مهال د لاندې برخې شلېدنه یا پرېکول Dammriss oder Dammschnitt	ستونزې (لکه وینه بهېدل) Komplikationen (z.B. Blutungen)	ماشوم ته مو شیدې ورکړې؟ gestillt
			◯ طبیعي زیږون Spontan ◯ د ویکیوم په وسیله زیږون Saugglocke ◯ د فورسپس په وسیله زیږون Zange ◯ قیصري زیږون Kaiserschnitt		◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**
			◯ طبیعي زیږون Spontan ◯ د ویکیوم په وسیله زیږون Saugglocke ◯ د فورسپس په وسیله زیږون Zange ◯ قیصري زیږون Kaiserschnitt		◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**
			◯ طبیعي زیږون Spontan ◯ د ویکیوم په وسیله زیږون Saugglocke ◯ د فورسپس په وسیله زیږون Zange ◯ قیصري زیږون Kaiserschnitt		◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**
			◯ طبیعي زیږون Spontan ◯ د ویکیوم په وسیله زیږون Saugglocke ◯ د فورسپس په وسیله زیږون Zange ◯ قیصري زیږون Kaiserschnitt		◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**	◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**

که نور زیږونونه هم لرئ، مهرباني وکړئ یو اضافي پاڼه وغواړئ

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ☺

آیا ستاسو د کوم ماشوم په اړه کومه ځانګړې ستونزه یا ځانګړتیا شته؟ Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? کومه؟ Welche?	◯ نه **Nein**	◯ هو **Ja**

ستاسو خپله طبي سابقه (هغه پخوانۍ ناروغۍ چې له امیندوارۍ سره تړاو نه لري):

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	نه **Nein**	هو **Ja**		نه **Nein**	هو **Ja**
حساسیتونه / د درملو نه زغمل Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	◯	◯ *	د وینې بهېدو تمایل Blutungsneigung	◯	◯*

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

د وروڼ د مفصل ناسم جوړښت Hüftdysplasie	◯	◯	د وينې د ټوټې کېدو تمايل Thromboseneigung	◯	◯*
د شکر ناروغي Diabetes mellitus	◯	◯	(کم‌خوني) د وينې کموالی Anämie (Blutarmut)	◯	◯
د وينې لوړ فشار Bluthochdruck	◯	◯	ميګرين Migräne	◯	◯
د زړه ناروغي Herzerkrankung	◯	◯*	مرګي Epilepsie	◯	◯
د پښتورګو ناروغي Nierenerkrankung	◯	◯*	(ډيپريشن) خپګان Depression	◯	◯
د سږو ناروغي / سالنډي اسما Lungenerkrankung / Asthma	◯	◯*	رواني ناروغۍ Psychische Erkrankungen	◯	◯*
د تايرايډ غدې ناروغي Schilddrüsenerkrankung	◯	◯*	مزمنه انتاني ناروغي Chronische Infektionserkrankung	◯	◯*
د ځيګر ناروغي هيپاتيت Lebererkrankung (Hepatitis)	◯	◯*	سرطاني ناروغۍ لکه د سيني سرطان Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	◯	◯*

*تفصيلات

***Details**

تاسو له څه شي سره حساسيت لرئ؟ Wogegen sind Sie allergisch?
کومې ناروغۍ لرئ؟ Um welche Erkrankungen handelt es sich?
آيا تاسو پخوا د وينې ټوټه (ترومبوز) لرلې ده؟ Hatten Sie bereits eine Thrombose?
آيا تاسو د وينې د ټينګښت د اختلالاتو لپاره معاينه شوي ياست؟ Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
آيا تاسو کله هم وينه اخيستې ده (د وينې انتقال درته شوی دی)؟ Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

آيا تاسو په دوامداره توګه د ډاکټر يا معالج تر درملنې لاندې ياست؟ Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	◯ نه **Nein**	◯ هو **Ja** په: bei:
آيا تاسو په خپل ژوند کې کومه ډېره سخته يا صدمه ورکوونکې پېښه تجربه کړې ده، يا مو کله هم فزيکي تاوتريخوالی تجربه کړی دی؟ Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	◯ نه **Nein**	◯ هو **Ja** آيا غواړئ په دې اړه له موږ سره خبرې وکړئ؟ Möchten Sie mit uns darüber sprechen? ◯ نه **Nein** ◯ هو **Ja**

Patientenaufkleber

Rheinland Klinikum
Neuss
Lukaskrankenhaus

عملیات

Operationen

	نه **Nein**	هو **Ja**		نه **Nein**	هو **Ja**
د اپنډیکس عملیات Blinddarm	○	○	د رحم پاکول / کورتاژ لکه له سقط وروسته Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	○	○
د نس لاپاروسکوپي Bauchspiegelung	○	○	د رحم د غاړې کونیزېشن د نسج د یوې برخې پرې کول Konisation am Gebärmutterhals	○	○
د سینې عملیات لکه د سرطان، د سینې کوچني کولو یا امپلانټ لپاره Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	○	○	د نس عملیات لکه د نس د پوستکي ټینګول، د معدې یا کولمو عملیات Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	○	○
نور عملیات Andere Operationen	○	○	کوم؟ welche?		
د بې‌هوښۍ پر مهال ستونزې Probleme bei Narkosen	○	○	کومې؟ welche?		

د کورنۍ طبي سابقه

Familienanamnese

	نه **Nein**	هو **Ja**	کومې ناروغۍ او د کورنۍ په کوم غړي کې؟ Welche und bei Wem?
آیا ستاسو په کورنۍ کې کومې ناروغۍ شته؟ Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (لکه د شکر ناروغي، د وینې لوړ فشار، ترومبوز، ارثي ناروغۍ، پیدایښتي نیمګړتیاوي، خپګان او د ورون د مفصل ناسم جوړښت) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	○	○	