

تسجيل التاريخ المرضي عند المقابلة الأولى

| البيانات الشخصية: | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| الاسم الأخير | الاسم الأول | |
| اسم الميلاد | تاريخ الميلاد | |
| محل الميلاد | الجنسية | |
| اللغة الأم | | |
| الحالة الاجتماعية | الديانة | |
| الوظيفة | رب العمل | |
| العمل خلال فترة الحمل: | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| هل يوجد حظرٌ للعمل؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم |
| الشارع، رقم المنزل: | | منذ متى؟ |
| الرمز البريدي، محل السكن: | | |
| رقم الهاتف: | الهاتف الجوال: | |
| عنوان البريد الإلكتروني: | | |
| الأخصائي (طبيب النساء): | | |
| الشريك أو من يمكن التواصل معه في حالة الطوارئ: | | |
| الاسم الأخير | الاسم الأول | |
| اسم الميلاد | تاريخ الميلاد | |
| الوظيفة | الهاتف الجوال: | |
| بيانات عن التأمين الصحي: | | |

| | | | |
|--|--|--|----|
| اسم شركة التأمين الصحي: | | رقم التأمين: | |
| التأمين الإضافي الخاص: | | | |
| <p>رغبات بخصوص الإقامة خلال الإقامة لدينا في المستشفى: نرجو الانتباه إلى أنه لا يمكننا تحقيق الرغبات إلا عند توافر الإمكانيات ودفع رسوم إضافية!</p> | | | |
| <input type="checkbox"/> غرفة بسرير واحد (في التأمين الصحي القانوني 91,90 يورو لليوم الواحد) | | <input type="checkbox"/> غرفة بسريرين (في التأمين الصحي القانوني 40,45 يورو لليوم الواحد) | |
| <input type="checkbox"/> الإقامة العادية في غرفة بثلاثة أسرة | | <input type="checkbox"/> غرفة عائلية (في التأمين الصحي القانوني 124,00 يورو لليوم الواحد) | |
| الولادات السابقة: | | .1 | .2 |
| السنة: | | .3 | .4 |
| المستشفى: | | | |
| أسبوع الحمل: | | | |
| نوع الولادة (مثلاً ولادة طبيعية أو قيصرية أو ولادة بالجفت) | | | |
| المدة: | | | |
| إصابة الحاجز: | | | |
| المضاعفات: | | | |
| الجنس: | | | |
| الوزن: | | | |
| النمو: | | | |
| مسار النفاس: | | | |
| الرضاعة: نعم / لا | | | |
| المدة: | | | |
| مشاكل؟ | | | |

| 4. | 3. | 2. | 1. | حالات الحمل السابقة: |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| | | | | السنة: |
| | | | | المستشفى: |
| | | | | أسبوع الحمل: |
| | | | | حالات الإجهاض / إنهاء الحمل |
| | | | | الإلغاء/التخدير |
| | | | | أمور خاصة |
| هل ظهرت في هذا الحمل مضاعفات أو مخاطر؟ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> آلام ولادة مبكرة | <input type="checkbox"/> حالات نزيف الدم | <input type="checkbox"/> إلتهاب فطري | <input type="checkbox"/> عدوى الجهاز البولي |
| | <input type="checkbox"/> الحقن بالأنسولين | <input type="checkbox"/> قلة تناول الغذاء | <input type="checkbox"/> سكر الحمل | |
| مشاكل أخرى: | | | | |
| هل تم إجراء تشخيص قبل الولادة في هذا الحمل؟ إن كان نعم، فما هو؟ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> تحليل الدم (مثلاً اختبار التوافق أو اختبار برانا) | <input type="checkbox"/> قياس تجايد الرقبة | | |
| | <input type="checkbox"/> غيرها... | <input type="checkbox"/> فحص السائل الأمنيوني | | |
| السيرة المرضية الخاصة: | | | | |
| | الوزن الحالي: | الوزن قبل الحمل: | الطول: | |
| | هل تشربين الكحول؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | هل تدخينين؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | كم سيجارة في اليوم؟ | |
| | ما هي؟ | هل تتعاطين العقاقير المخدرة؟ نعم <input type="checkbox"/> | | |
| | | هل تتناولين أدوية بانتظام (على سبيل المثال للغدة الدرقية، أو حتى أدوية خاصة بالحمل/فيتامينات مثل الماغنسيوم أو الحديد)؟ | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---|--|----------------------------|
| | | | | هل تعانيين من الحساسية/عدم التحمل؟ | |
| | | | | هل تعانيين من أمراض أساسية (قصر أو طول النظر، السكري، مرض الغدة الدرقية، ارتفاع ضغط الدم، تجلط الدم/الميل إلى تجلط الدم، مشاكل الرئة/ التنفس (الربو))؟ | |
| المضاعفات | التخدير | ماذا | المستشفى | متى | هل أجريت لك عمليات جراحية؟ |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | هل يعاني أحد أقاربك المقربين (مثلاً الوالدان أو الجدان أو الإخوة والأخوات) من أمراض مزمنة تستوجب العلاج (مثلاً مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، الخثر، اضطرابات تخثر الدم، الإعاقة)؟ | |
| ملاحظات شخصية بغرض المساعدة في التوجيه: | | | | | |
| | | | | هل قمتي بزيارة إحدى دورات الاستعداد للولادة؟ | |
| الاسم: | | | | هل لديك بالفعل قابلية لفترة النفاس؟ | |
| | | | | من الذي يُسمح له بمرافقتك خلال الولادة؟ | |
| | | | | الاسم ورقم الهاتف: | |
| | | | | عند إجراء الفحوصات/الأمر التالية يجب على الشخص المرافق مغادرة الغرفة: | |
| | | | | ما هو تصورك عن الولادة؟ | |
| <input type="checkbox"/> نرجو السؤال حينها | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | هل ترغبين في أن نقوم بوضع طفلك على صدرك بعد الولادة مباشرة؟ | | |
| | | | | بعد ولادة الطفل تحدث ولادة للمشيمة. هل لديك أي رغبات بهذا الخصوص؟ (مثلاً كريات المشيمة، أخذ دم الحبل السري) | |

| | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| إقامة عادية (2-3 أيام، بعد الولادة القيصريّة حوالي 4-5 أيام) | | ولادة بالعيادة الخارجية | ما هي رغباتك في الإقامة بعد الولادة؟ |
| <input type="checkbox"/> فقط بعد الولادة مباشرة (لبن ما بعد الولادة مباشرة) | لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> | هل ترغبين في إرضاع طفلك؟ |
| يمكنك فيما يلي ذكر جميع الرغبات الأخرى التي لم نذكرها حتى الآن. هل هناك أشياء يُفضل أن نعرفها بخصوص عاداتك؟ هل ترغبين في إبلاغنا بشيء آخر يشغل بالك؟ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

شكرًا لثقتكم بنا!