

Анамнез при первичном осмотре

Личные данные:			
Фамилия	Имя		
Добрачная фамилия	Дата рождения		
Место рождения	Национальность		
Родной язык			
Семейное положение	Вероисповедание		
Профессия	Работодатель		
Работа во время беременности:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Есть ли запрет на работу?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	с какого времени?
Улица, номер дома:			
Почтовый индекс, город:			
Номер телефона:	Моб. тел.:		
Адрес эл. почты:			
Специалист (гинеколог):			
Партнер или лицо для уведомления в экстренных случаях:			
Фамилия	Имя		
Добрачная фамилия	Дата рождения		
Профессия	Моб. тел.:		
Данные медицинского страхования:			
Название кассы медицинского страхования:	Номер страхового полиса:		

Частное дополнительное страхование:

**Пожелания к размещению во время пребывания в нашей клинике:
Пожалуйста, обратите внимание, что мы можем выполнять запросы только при наличии свободных мест и с условием дополнительной оплаты!**

Одноместная палата
(с обязательной страховкой 91,90 € в день)

Двухместная палата
(с обязательной страховкой 40,45 € в день)

Стандартное размещение в
трехместной палате

Семейная палата
(с обязательной страховкой 124,00 € в день)

Предыдущие роды:	1.	2.	3.	4.
Год:				
Клиника:				
Неделя беременности:				
Вид родов (например, естественные роды, кесарево сечение, вакуумная экстракция):				
Продолжительность:				
Разрыв промежности:				
Осложнения:				
Пол:				
Вес:				
Развитие:				
Послеродовой период:				
Грудное вскармливание: Да/нет				
Продолжительность:				
Проблемы?				
Предыдущие беременности	1.	2.	3.	4.
Год:				

Клиника:				
Неделя беременности:				
Выкидыши / прерывания беременности				
Выскабливание / наркоз				
Особенности				

Были ли при этой беременности какие-либо осложнения или риски?

<input type="checkbox"/> Инфекция мочевыводящих путей	<input type="checkbox"/> Грибковая инфекция	<input type="checkbox"/> Кровотечение	<input type="checkbox"/> Преждевременные роды
<input type="checkbox"/> Гестационный диабет	<input type="checkbox"/> Диетические проблемы	<input type="checkbox"/> Введение инсулина	

Другие проблемы:

Проводилась ли во время этой беременности пренатальная диагностика? Если да, то какая?

<input type="checkbox"/> Определение толщины воротникового пространства	<input type="checkbox"/> Анализ крови (например, тест Harmony или Praenatest)
<input type="checkbox"/> Анализ околоплодных вод	<input type="checkbox"/> Другое...

Личный анамнез:

Рост:		Вес до беременности:		Текущий вес:	
Вы курите? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Сколько раз в день?_		Вы употребляете алкоголь? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
Вы принимаете наркотики? Да <input type="checkbox"/>		Какие?			
Принимаете ли Вы лекарства на регулярной основе (например, для лечения щитовидной железы, а также медикаменты/витамины для беременных, такие как магний или железо)?					
Есть ли у Вас аллергии/непереносимость чего-либо?					

Есть ли у Вас какие-либо сопутствующие заболевания (близорукость или дальнозоркость, диабет, заболевание щитовидной железы, высокое кровяное давление, склонность к кровотечениям/тромбозу, заболевание легких/дыхательных путей (астма)?					
Были ли у Вас операции?	Когда	Клиника	Какие	Наркоз	Осложнения
1					
2					
3					
Есть ли у Ваших близких родственников (например, родителей, бабушки/дедушки или братьев/сестер) хронические заболевания, требующие лечения (например, диабет, высокое кровяное давление, тромбозы, нарушения свертываемости крови или инвалидность)?					
Личные примечания для информации:					
Вы посещали курсы подготовки к родам?					
У Вас уже есть акушер/акушерка на послеродовой период?			Фамилия:		
Кто может сопровождать Вас во время родов?					
Имя и телефон:					
Сопровождающий должен покинуть помещение во время следующих осмотров/процедур:					
Как Вы представляете себе процесс родов?					
Хотели бы Вы, чтобы мы положили ребенка Вам на грудь, как только он родится?			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Спросите во время родов
После рождения ребенка происходит рождение последа (отхождение плаценты). Есть ли у Вас какие-либо пожелания по этому поводу? (например, шарики из плаценты, сбор пуповинной крови)					

Какие у Вас есть пожелания к пребыванию в клинике после родов?	Амбулаторные роды	Стандартное пребывание (примерно 2-3 дня, после кесарева сечения примерно 4-5 дней)	
Хотели бы Вы кормить ребенка грудью?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Только непосредственно после родов (молозиво)
<p>Ниже Вы можете изложить любые другие пожелания, о которых мы еще не спрашивали. Что нам следует знать о Ваших привычках? Хотели бы Вы рассказать нам еще что-то, что Вас беспокоит?</p>			
<p> </p>			
<p> </p>			
<p> </p>			

Спасибо за доверие!