

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!