

Это перевод документа, а не его оригинал . Пожалуйста, заполните оригинал данной бумаги на **немецком** (или **английском**) языке. Спасибо!

Дорогая будущая мама!

Для хорошего сопровождения Вас во время беременности, предусмотрен первый плановый осмотр.

Также для Вас будет оформлена обменная карта беременной.

Если у вас есть паспорт вакцинаций, документ с информацией о группе крови или уже есть обменная карта, возьмите ее с собой.

Пожалуйста, ответьте дома на последующие вопросы и принесите эти заполненные бумаги к следующему визиту у нас.

Если Вам непонятен тот или иной вопрос, то не отвечайте на него. Мы можем обсудить его вместе, прежде чем занесем информацию в обменную карту.

Mutterschafts-  
anamnesebogen



Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Профессия: \_\_\_\_\_  
Возраст: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ см Вес: \_\_\_\_\_ кг Возраст мужа/партнёра: \_\_\_\_\_

Сколько раз Вы были беременны? \_\_\_\_\_ Сколько детей Вы родили? \_\_\_\_\_  
Когда у Вас в последний раз началась менструация? \_\_\_\_\_  
Принимали ли Вы раньше противозачаточные? Если да, то когда перестали? \_\_\_\_\_  
Были ли Вы недавно в контакте с человеком, болеющим краснухой, корью, ветрянкой, желтухой или любым другим похожим заболеванием? \_\_\_\_\_  
У каких врачей Вы сейчас лечитесь? \_\_\_\_\_  
Какие лекарства Вы сейчас принимаете? \_\_\_\_\_  
Вы курите? Если да, то сколько сигарет в день? \_\_\_\_\_  
Употребляете ли Вы алкоголь? \_\_\_\_\_

Почти каждая третья ВИЧ-позитивная беременная только после теста узнает, что она инфицирована и является носительницей заболевания СПИД. Благодаря специальной терапии риск передачи инфекции от матери к ребенку может быть снижен до 1%. По этой причине тест настоятельно рекомендуется. Мы гарантируем конфиденциальность результатов теста - результат анализа **не заносится** в обменную карту.

**Вы согласны пройти тест на ВИЧ?**  нет  да

Следующие вопросы касаются Вашей истории болезни:

**нет да**

1. Есть ли у кого-то из Вашей семьи	Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Гипертония	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Врожденные пороки развития	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Наследственные заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Предрасположенность к психическим заболеваниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

нет да

2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания следующих органов?

Сердце	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Лёгкие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Печень	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Почки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Нервная система	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Есть ли у Вас нарушение свертываемости крови?   \_\_\_\_\_  
Страдаете ли Вы воспалением вен (флебит)?   \_\_\_\_\_

4. Есть ли у Вас аллергии?   на что: \_\_\_\_\_

5. Делали ли Вам когда-нибудь переливание крови?   \_\_\_\_\_

6. Испытываете ли Вы сильное эмоциональное напряжение (например, дома или на работе)   \_\_\_\_\_

7. Испытываете ли Вы экономические трудности? (нехватка денег, проблема с жильём)   \_\_\_\_\_

8. Были ли у вас проблемы в связи с резус-конфликтом при предыдущих беременностях?   \_\_\_\_\_

9. Являетесь ли Вы диабетиком?   \_\_\_\_\_

10./11. отсутствует

12. Были ли у вас какие-либо изменения скелета, например, в результате несчастного случая?   \_\_\_\_\_

13./14./15. отсутствует

16. Вы быстро забеременели?   \_\_\_\_\_  
Или Вам или Вашему мужу/партнёру ранее приходилось лечиться от бесплодия?   \_\_\_\_\_

17. Были ли у Вас когда-нибудь преждевременные роды?   На сколько недель раньше срока? \_\_\_\_\_

18. У Вас когда-нибудь рождался очень маленький ребенок с недостаточным весом?   Вес: \_\_\_\_\_

19. Были ли у Вас выкидыши? Если да, то сколько   Когда? \_\_\_\_\_  
Сколько у вас сейчас детей? \_\_\_\_\_

20. Заканчивались ли когда-нибудь Ваши роды мертворождением?   \_\_\_\_\_  
Рождались ли у Вас дети с тяжелыми заболеваниями?   \_\_\_\_\_

21. Были ли трудности с предыдущими беременностями/родами?   Какие? \_\_\_\_\_

22. Были ли трудности **после** родов?   Какие? \_\_\_\_\_

23. Вам когда-нибудь делали кесарево сечение?   \_\_\_\_\_

24. Проводили ли Вам операции на матке?   \_\_\_\_\_

25. Ваша прошлая беременность была не так давно (менее чем год назад) ?   \_\_\_\_\_

26. Другие особенности   \_\_\_\_\_