

<b>Name:</b> اسم العائلة	<b>Vorname:</b> الاسم		
<b>Geburtsname:</b> اسم العائلة بالولادة	<b>Geburtsdatum:</b> تاريخ الولادة		
<b>Name, Vorname des zu erwartenden Kindes:</b> اسم ولقب الطفل المنتظر			
<b>Familienstand:</b> الحالة العائلية	<b>Verheiratet:</b> <input type="checkbox"/> متزوجة	<b>Ledig:</b> <input type="checkbox"/> عازبة	<b>geschieden:</b> <input type="checkbox"/> مطلقة
<b>Beruf:</b> المهنة	<b>Religion:</b> الديانة		
<b>Adresse:</b> العنوان			
<b>Tel.-nummer:</b> رقم الهاتف	<b>Krankenkasse:</b> اسم شركة التأمين الصحي		
<b>Name des Partners:</b> مهنة الشريك	<b>Beruf des Partners:</b> اسم الشريك		
<b>Übersetzer:</b> المترجم	<b>Zuständiges Amt:</b> الدائرة المختصة		
<b>Frauenarzt:</b> طبيب أمراض النساء	<b>Hebamme:</b> القابلة القانونية		
<b>Sind Allergien bei Ihnen bekannt?</b> هل يعرف لديكم اي نوع من انواع الحساسية؟	<b>Nein:</b> <input type="checkbox"/> لا	<b>Ja: <input type="checkbox"/> welche?:</b> نعم، أي نوع	
<b>Krankheiten in den Familien: (bitte zutreffendes ankreuzen)</b> الأمراض المتواجدة في العائلة (الرجاء وضع اشارة عند المرض المتواجد في العائلة)			
<b>Diabetes Mellitus:</b> <input type="checkbox"/> داء السكري	<b>Bluthochdruck:</b> <input type="checkbox"/> مرض السرطان ارتفاع ضغط الدم	<b>Krebsleiden:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Erbkrankheiten:</b> <input type="checkbox"/> الأمراض الوراثية	<b>Fehlbildungen:</b> <input type="checkbox"/> تشوهات	<b>Mehrlinge:</b> <input type="checkbox"/> تعدد الولادات	
<b>Sonstiges Erkrankungen:</b> أمراض أخرى			
<b>Eigene Erkrankungen: (bitte zutreffendes ankreuzen)</b> الأمراض الخاصة: (الرجاء وضع اشارة عند المرض المتواجد)			
<b>Kinderkrankheiten:</b> أمراض الأطفال	<b>Masern:</b> <input type="checkbox"/> حصبه	<b>Mumps:</b> <input type="checkbox"/> مرض النكاف	<b>Röteln:</b> <input type="checkbox"/> حصبة ألمانية
	<b>Diphtherie:</b> <input type="checkbox"/> مرض الخناق	<b>Keuchhusten:</b> <input type="checkbox"/> السعال الديكي	<b>Windpocken:</b> <input type="checkbox"/> جُدِّيْري
			<b>Kinderlähmung:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Blutübertragungen:</b> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>wann? Komplikationen?</b> حالة نقل دم نعم، متى؟ مضاعفات؟			
<b>Tuberkulose:</b> <input type="checkbox"/> مرض السل	<b>Multiple Sklerose:</b> <input type="checkbox"/> تصلب الأنسجة المتعدد	<b>Herzerkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> أمراض القلب	<b>Rheuma:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabetes mellitus:</b> <input type="checkbox"/> روماتزم داء السكري
<b>Lungen Erkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> أمراض الرئة	<b>Wirbelsäulenerkrankungen: (Bandscheibenvorfall):</b> <input type="checkbox"/> أمراض العمود الفقري انزلاق غضروفي		
<b>Krampfadern:</b> <input type="checkbox"/> دوالي الأوردة	<b>vermehrt Wassereinlagerung:</b> <input type="checkbox"/> زيادة احتباس الماء		
<b>Lebererkrankungen (Hepatitis):</b> <input type="checkbox"/> أمراض الكبد (التهاب الكبد الوبائي)		<b>Nierenerkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> أمراض الكلى	
<b>Depressionen/Psychische Erkrankungen:</b> <b>Nein:</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja:</b> <input type="checkbox"/> <b>Welche Art? Behandlung erfolgt?</b> الاكتئاب والامراض النفسية نعم، أي نوع؟ هناك علاج؟			
<b>Sonstiger Erkrankungen:</b> أمراض أخرى			

Rauchen Sie? Ja: <input type="checkbox"/> هل تدخني؟ نعم	Wieviel/am Tag? Nein: <input type="checkbox"/> كم الكمية / في اليوم لا	Trinken Sie Alkohol: Ja: <input type="checkbox"/> هل تشربي الكحول نعم	Nein: <input type="checkbox"/> لا
Nehmen Sie Drogen: Ja: <input type="checkbox"/> هل تتناولي مخدرات	Welche?: نعم، أي نوع؟	Nein: <input type="checkbox"/> لا	
Wie viele Schwangerschaften? كم عدد حالات الحمل؟			
Wie viele Geburten? In welchem Jahr? Ort/Land der Geburt/gab es Komplikationen? كم عدد المواليد؟ في أي عام؟ مكان / بلد الميلاد / هل كانت هناك مضاعفات؟			
1.	Spontan: <input type="checkbox"/> ولادة طبيعية	Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> عملية قيصرية	
2.	Spontan: <input type="checkbox"/> ولادة طبيعية	Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> عملية قيصرية	
3.	Spontan: <input type="checkbox"/> ولادة طبيعية	Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> عملية قيصرية	
4.	Spontan: <input type="checkbox"/> ولادة طبيعية	Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> عملية قيصرية	
Fehlgeburten und Abtreibungen? In welchem Jahr? Ort/Land/Gab es Komplikationen? الإجهاض وحالات اسقاط الجنين؟ في أي عام؟ المدينة / الدولة / هل كانت هناك أي مضاعفات؟			
1.		2.	
3.		4.	
<b>Schwangerschaftsverlauf:</b> مسار الحمل			
Verstärkte Übelkeit: <input type="checkbox"/> غثيان قوي		Schwangerschafts-Diabetes: <input type="checkbox"/> سكر الحوامل	
Infektionen: <input type="checkbox"/> عدوى		Blutungen: <input type="checkbox"/> نزيف	
Vorzeitige Wehen: <input type="checkbox"/> الولادة المبكرة/الطلق المبكر		Muttermundverkürzung: <input type="checkbox"/> تقصير عنق الرحم	
Lungenreifebehandlung: <input type="checkbox"/> علاج تضخم الرئة		Anti-D-Prophylaxe: <input type="checkbox"/> مضاد -D- الوقائي	
Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم			
Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft: Ja: <input type="checkbox"/> Zeitraum/Grund? دخول المستشفى أثناء الحمل نعم المدة/السبب؟			
Nein: <input type="checkbox"/> لا			
Sonstiges: أشياء أخرى			
Nehmen Sie Medikamente ein: Ja: <input type="checkbox"/> welche? هل تتناول أدوية؟		Nein: <input type="checkbox"/> لا	
1.		2.	
3.		4.	
Letzte Periode: آخر دورة شهرية		Geburtstermin: موعد الولادة	
Körpergröße: الطول	cm سم	Gewicht vor der Schwangerschaft: الوزن قبل الولادة	kg كغ
		Gewicht aktuell: الوزن الحالي	kg كغ
Wünsche?: الرغبات			
Darum/ Unterschrift التوقيع/ التاريخ			
Patientin/Partner/Übersetzer المترجم / الشريك/ الشريكة		Hebamme/Arzt/Ärztin الطبيبة/ الطبيب/ القابلة القانونية	