

| | | |
|--|--|---|
| Name: | Vorname: | |
| Фамилия: | Имя: | |
| Geburtsname: | Geburtsdatum: | |
| Девичья фамилия: | Дата рождения: | |
| Name, Vorname des zu erwartenden Kindes: | | |
| Фамилия, имя ожидаемого ребенка: | | |
| Familienstand: | Verheiratet: <input type="checkbox"/> | Ledig: <input type="checkbox"/> geschieden: <input type="checkbox"/> verwitwet: <input type="checkbox"/> |
| Семейное положение: | замужем: <input type="checkbox"/> | не замужем: <input type="checkbox"/> разведена: <input type="checkbox"/> вдова: <input type="checkbox"/> |
| Beruf: | Religion: | |
| Профессия: | Религия: | |
| Adresse: | | |
| Адрес: | | |
| | | |
| Tel.-Nummer: | Krankenkasse: | |
| Номер телефона: | Больничная касса: | |
| Name des Partners: | Beruf des Partners: | |
| Фамилия партнёра: | Профессия партнёра: | |
| Übersetzer: | Zuständiges Amt: | |
| Переводчик: | Компетентное учреждение: | |
| Frauenarzt: | Hebamme: | |
| Женский врач: | Акушер: | |
| Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Nein: <input type="checkbox"/> | Ja: <input type="checkbox"/> welche?: | |
| Страдаете ли вы аллергией? Нет: <input type="checkbox"/> | Да: <input type="checkbox"/> Какие?: | |
| • | | |
| • | | |
| <u>Krankheiten in den Familien: (bitte zutreffendes ankreuzen)</u> | | |
| Заболевания в семейном кругу:(отметьте соответствующие) | | |
| Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> | Krebsleiden: <input type="checkbox"/> |
| Сахарный Диабет: <input type="checkbox"/> | Давление: <input type="checkbox"/> | Раковые заболевания: <input type="checkbox"/> |
| Erbkrankheiten: <input type="checkbox"/> | Fehlbildungen: <input type="checkbox"/> | Mehrlinge: <input type="checkbox"/> |
| Наследственные заболевания: <input type="checkbox"/> | Пороки развития : <input type="checkbox"/> | Близнецы: <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges Erkrankungen: | | |
| Другие заболевания: | | |
| • | | |
| • | | |
| <u>Eigene Erkrankungen: (bitte zutreffendes ankreuzen)</u> | | |
| Ваши болезни:(отметьте соответствующие) | | |
| Kinderkrankheiten: Masern: <input type="checkbox"/> | Mumps: <input type="checkbox"/> | Röteln: <input type="checkbox"/> Windpocken: <input type="checkbox"/> |
| Детские болезни: Корь: <input type="checkbox"/> | Свинка: <input type="checkbox"/> | Краснуха : <input type="checkbox"/> Ветрянка: <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie: <input type="checkbox"/> | Keuchhusten: <input type="checkbox"/> | Kinderlähmung: <input type="checkbox"/> |
| Дифтерия: <input type="checkbox"/> | Коклюш: <input type="checkbox"/> | Детский паралич: <input type="checkbox"/> |
| Blutübertragungen: Nein: <input type="checkbox"/> | Ja: <input type="checkbox"/> wann? Komplikationen? | |
| Переливание крови: Нет : <input type="checkbox"/> | Да: <input type="checkbox"/> Когда? Осложнения? | |
| Tuberkulose: <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose: <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen: <input type="checkbox"/> | Rheuma: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> |
| Туберкулёз: <input type="checkbox"/> Склероз: <input type="checkbox"/> Сердечнососудестые заболевания: <input type="checkbox"/> Ревматизм: <input type="checkbox"/> Сахарный диабет: <input type="checkbox"/> | Lungen Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen : (Bandscheibenvorfall): <input type="checkbox"/> | |
| Легочные заболевания: <input type="checkbox"/> | Болезни позвоночника:(защемление межпозвоночного диска) : <input type="checkbox"/> | |
| Krampfadern: <input type="checkbox"/> | vermehrt Wassereinlagerung: <input type="checkbox"/> | |
| Расширение вен: <input type="checkbox"/> | Увеличенное скопление воды : <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen (Hepatitis): <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen: <input type="checkbox"/> | |
| Заболевания печени(гепатит): <input type="checkbox"/> | Заболевания почек: <input type="checkbox"/> | |
| Depressionen/Psychische Erkrankungen: Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Welche Art? Behandlung erfolgt? | | |
| Депрессии/психические задолевания: Нет: <input type="checkbox"/> Да : <input type="checkbox"/> Какого рода? Как проходит лечение? | | |
| | | |
| Sonstige Erkrankungen: | | |
| Другие заболевания: | | |
| • | | |
| • | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--------------------------------------|--|
| Rauchen Sie? Ja: <input type="checkbox"/> | | Wieviel/am Tag? Nein: <input type="checkbox"/> | | Trinken Sie Alkohol: Ja: <input type="checkbox"/> | | Nein: <input type="checkbox"/> | |
| Курите ли вы? Да: <input type="checkbox"/> | | Сколько в день? Нет: <input type="checkbox"/> | | Пьёте ли вы алкоголь? Да: <input type="checkbox"/> | | Нет: <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie Drogen: Ja: <input type="checkbox"/> | | Welche?: | | Nein: <input type="checkbox"/> | | | |
| Уотребляете ли вы наркотики? Да: <input type="checkbox"/> | | Какие?: | | Нет: <input type="checkbox"/> | | | |
| Wie viele Schwangerschaften? Сколько у вас было беременностей? | | | | | | | |
| Wie viele Geburten? In welchem Jahr? Ort/Land der Geburt/gab es Komplikationen? Сколько раз вы рожали? В каком году? Место/Страна родов/были ли осложнения при родах? | | | | | | | |
| 1. | | Spontan: <input type="checkbox"/> | | Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Спонтанно: <input type="checkbox"/> | | Кесарево: <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. | | Spontan: <input type="checkbox"/> | | Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Спонтанно: <input type="checkbox"/> | | Кесарево: <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. | | Spontan: <input type="checkbox"/> | | Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Спонтанно: <input type="checkbox"/> | | Кесарево: <input type="checkbox"/> | | | |
| 4. | | Spontan: <input type="checkbox"/> | | Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Спонтанно: <input type="checkbox"/> | | Кесарево: <input type="checkbox"/> | | | |
| Fehlgeburten und Abtreibungen? In welchem Jahr? Ort/Land/Gab es Komplikationen? Были ли у вас выкидыши или аборт? В каком году? Место/страна/были ли после этого осложнения? | | | | | | | |
| 1. | | | | 2. | | | |
| 3. | | | | 4. | | | |
| <u>Schwangerschaftsverlauf:</u> Как протекала беременность? | | | | | | | |
| Verstärkte Übelkeit: <input type="checkbox"/> | | | | Schwangerschafts-Diabetes: <input type="checkbox"/> | | | |
| Сильная тошнота: <input type="checkbox"/> | | | | Диабет беременных: <input type="checkbox"/> | | | |
| Infektionen: <input type="checkbox"/> | | | | Blutungen: <input type="checkbox"/> | | | |
| Инфекции: <input type="checkbox"/> | | | | Кровотечение: <input type="checkbox"/> | | | |
| Vorzeitige Wehen: <input type="checkbox"/> | | | | Muttermundverkürzung: <input type="checkbox"/> | | | |
| Преждевременные схватки: <input type="checkbox"/> | | | | Сужение маточного зева: <input type="checkbox"/> | | | |
| Lungenreifebehandlung: <input type="checkbox"/> | | | | Anti-D-Prophylaxe: <input type="checkbox"/> | | | |
| Лечение незрелых легких: <input type="checkbox"/> | | | | Лечение незрелых легких: <input type="checkbox"/> | | | |
| Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Давление: <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft: Ja: <input type="checkbox"/> Zeitraum/Grund? | | | | | | Nein: <input type="checkbox"/> | |
| Находились ли вы на стационарном лечении во время беременности: Да: <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Какое время/по какой причине? Нет: <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| • | | | | | | | |
| • | | | | | | | |
| Sonstiges: Другие: | | | | | | | |
| Nehmen Sie Medikamente ein: Ja: <input type="checkbox"/> welche? | | | | Nein: <input type="checkbox"/> | | | |
| Берёте ли вы медикаменты: Да: <input type="checkbox"/> Какие? | | | | Нет: <input type="checkbox"/> | | | |
| 1. | | 2. | | 3. | | 4. | |
| Letzte Periode: Последние месячные: | | | | Geburtsstermin: Срок рождения: | | | |
| Körpergröße: cm | | Gewicht vor der Schwangerschaft: kg | | Gewicht aktuell: kg | | | |
| Рост: см. | | Вес до беременности: кг. | | Вес в данный момент: кг. | | | |
| Wünsche?: Пожелания?: | | | | | | | |
| Datum/ Unterschrift Число/подпись | | | | | | | |
| Patientin/Partner/Übersetzer Партнёрша/ партнёр/ переводчик | | | | Hebamme/Arzt/Ärztin Акушер/врач | | | |