

Name: Soyadı:		Vorname: Adı:	
Geburtsname: Kızlık soyadı:		Geburtsdatum: Doğum tarihi:	
Name, Vorname des zu erwartenden Kindes: Bebeğin adı, soyadı:			
Familienstand: Verheiratet: <input type="checkbox"/>	Ledig: <input type="checkbox"/>	geschieden: <input type="checkbox"/>	verwitwet: <input type="checkbox"/>
Medeni durumu: evli: <input type="checkbox"/>	bekar: <input type="checkbox"/>	boşanmış: <input type="checkbox"/>	dul: <input type="checkbox"/>
Beruf: Meslek:		Religion: Dini:	
Adresse: Adres:			
Tel.-nummer: Telefon numarası:		Krankenkasse: Sağlık sigortası:	
Name des Partners: Eşin/ Partnerin adı, soyadı:		Beruf des Partners: Eşin/ Partnerin mesleği:	
Übersetzer: Tercüman:		Zuständiges Amt: Sorumlu kurum:	
Frauenarzt: Jinekolog:		Hebamme: Ebe:	
Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Alerjiniz var mı?	Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/>	welche?: Hangileri?:
	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet: <input type="checkbox"/>	
<u>Krankheiten in den Familien: (bitte zutreffendes ankreuzen)</u> Ailede mevcut olan hastalıklar: (mevcut olanı işaretleyiniz)			
Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck: <input type="checkbox"/>	Krebsleiden: <input type="checkbox"/>	
Şeker hastalığı: <input type="checkbox"/>	Yüksek tansiyon: <input type="checkbox"/>	Kanser hastalığı: <input type="checkbox"/>	
Erbkrankheiten: <input type="checkbox"/>	Fehlbildungen: <input type="checkbox"/>	Mehrlinge: <input type="checkbox"/>	
Kalıtıl hastalıklar: <input type="checkbox"/>	Sakatlıklar: <input type="checkbox"/>	Çoklu doğum: <input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen: Başka hastalıklar:			
<u>Eigene Erkrankungen: (bitte zutreffendes ankreuzen)</u> Kendinizde mevcut olan hastalıklar: (mevcut olanı işaretleyiniz)			
Kinderkrankheiten: Masern: <input type="checkbox"/>	Mumps: <input type="checkbox"/>	Röteln: <input type="checkbox"/>	Windpocken: <input type="checkbox"/>
Çocuk hastalıkları: Kızamık: <input type="checkbox"/>	Kabakulak: <input type="checkbox"/>	Kızamıkçık: <input type="checkbox"/>	Su çiçeği: <input type="checkbox"/>
Diphtherie: <input type="checkbox"/>	Keuchhusten: <input type="checkbox"/>	Kinderlähmung: <input type="checkbox"/>	
Difteri: <input type="checkbox"/>	Boğmaca öksürüğü: <input type="checkbox"/>	Çocuk felci: <input type="checkbox"/>	
Blutübertragungen: Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/> wann? Komplikationen?		
Kan nakli: Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet: <input type="checkbox"/> Ne zaman? Komplikasyon yaşandı mı?		
Tuberkulose: <input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose: <input type="checkbox"/>	Herzkrankungen: <input type="checkbox"/>	Rheuma: <input type="checkbox"/>
Tüberküloz: <input type="checkbox"/>	Multipl Skleroz: <input type="checkbox"/>	Kalp hastalıkları: <input type="checkbox"/>	Romatizma: <input type="checkbox"/>
Lungen Erkrankungen: <input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenerkrankungen : (Bandscheibenvorfall): <input type="checkbox"/>		
Akciğer hastalıkları: <input type="checkbox"/>	Omurga hastalıkları: (bel fitiği): <input type="checkbox"/>		
Krampfadern: <input type="checkbox"/>	vermehrt Wassereinlagerung: <input type="checkbox"/>		
Varis: <input type="checkbox"/>	Su tutmaları: <input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen (Hepatitis): <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen: <input type="checkbox"/>		
Karaciğer hastalıkları (Hepatit): <input type="checkbox"/>	Böbrek hastalıkları: <input type="checkbox"/>		
Depressionen/Psychische Erkrankungen: Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/> Welche Art? Behandlung erfolgt?		
Depresyon/ Psikolojik hastalıklar: Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet: <input type="checkbox"/> Hangileri? Tedavi uygulandı mı?		
Sonstige Erkrankungen: Başka hastalıklar:			

Rauchen Sie? Ja: <input type="checkbox"/>		Wieviel/am Tag? Nein: <input type="checkbox"/>		Trinken Sie Alkohol: Ja: <input type="checkbox"/>		Nein: <input type="checkbox"/>													
Sigara kullanıyor musunuz? Evet: <input type="checkbox"/>				Günde kaç tane? Hayır: <input type="checkbox"/>				Alkol kullanıyor musunuz?: Evet <input type="checkbox"/>											
Hayır: <input type="checkbox"/>				Nehmen Sie Drogen: Ja: <input type="checkbox"/>				Welche?:											
Uyuşturucu kullanıyor musunuz: Evet: <input type="checkbox"/>				Hangileri?:				Nein: <input type="checkbox"/>											
Hayır: <input type="checkbox"/>				Wie viele Schwangerschaften?				Kaç defa hamile kaldınız?											
Wie viele Geburten? In welchem Jahr? Ort/Land der Geburt/gab es Komplikationen?								Kaç defa doğum yaptınız? Hangi sene? Nerde/ Hangi ülkede? Komplikasyon geçirdiniz mi?											
1.		Spontan: <input type="checkbox"/>		Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/>		Kendiliğinden: <input type="checkbox"/>		Sezeryan: <input type="checkbox"/>		2.		Spontan: <input type="checkbox"/>		Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/>		Kendiliğinden: <input type="checkbox"/>		Sezeryan: <input type="checkbox"/>	
3.		Spontan: <input type="checkbox"/>		Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/>		Kendiliğinden: <input type="checkbox"/>		Sezeryan: <input type="checkbox"/>		4.		Spontan: <input type="checkbox"/>		Kaiserschnitt: <input type="checkbox"/>		Kendiliğinden: <input type="checkbox"/>		Sezeryan: <input type="checkbox"/>	
Fehlgeburten und Abtreibungen? In welchem Jahr? Ort/Land/Gab es Komplikationen?								Düşük veya aldırma? Hangi sene? Nerde/ Hangi ülkede? Komplikasyon geçirdiniz mi?											
1.				2.				3.				4.							
<u>Schwangerschaftsverlauf:</u>								<u>Hamilelik nasıl geçti?:</u>											
Verstärkte Übelkeit: <input type="checkbox"/>				Schwangerschafts-Diabetes: <input type="checkbox"/>				Ciddi mide bulantısı: <input type="checkbox"/>				Gestasyonel diyabet: <input type="checkbox"/>							
Infektionen: <input type="checkbox"/>				Blutungen: <input type="checkbox"/>				Enfeksiyon: <input type="checkbox"/>				Kanama: <input type="checkbox"/>							
Vorzeitige Wehen: <input type="checkbox"/>				Muttermundverkürzung: <input type="checkbox"/>				Erken doğum sancısı: <input type="checkbox"/>				Rahim ağzı kısılması: <input type="checkbox"/>							
Lungenreifebehandlung: <input type="checkbox"/>				Anti-D-Prophylaxe: <input type="checkbox"/>				Akciğer olgunluğu terapisi: <input type="checkbox"/>				Anti-D-Profilaksisi: <input type="checkbox"/>							
Bluthochdruck: <input type="checkbox"/>				Yüksek tansiyon: <input type="checkbox"/>				Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft: Ja: <input type="checkbox"/>				Zeitraum/Grund? Nein: <input type="checkbox"/>							
Hamilelik süreci hastanede kaldınız mı?: Evet: <input type="checkbox"/>				Süre/ Sebep? Hayır: <input type="checkbox"/>				Sonstiges:				Başka:							
Nehmen Sie Medikamente ein: Ja: <input type="checkbox"/>				welche? Nein: <input type="checkbox"/>				İlaç kullanıyor musunuz?: Evet: <input type="checkbox"/>				Hangileri? Hayır: <input type="checkbox"/>							
1.		2.		3.		4.		1.		2.		3.		4.					
Letzte Periode:				Geburtstermin:				Son renkli döneminiz:				Beklenen doğum tarihi:							
Körpergröße: cm		Gewicht vor der Schwangerschaft: kg		Gewicht aktuell: kg		Boy: cm		Hamileyken kilonuz: kg		Şuanki kilonuz: kg		Wünsche?:		Ricanız var mı?:					
Darum/ Unterschrift								Tarih/ İmza											
Patientin/Partner/Übersetzer								Hebamme/Arzt/Ärztin											
Hasta/ Eş, Partner/ Tercüman								Ebe/ Doktor											