

# форма самораскрытия - регистрация родильный дом St. KH Elisabeth u. St. Barbara Halle

Version: 16.03.2020

## Заполните анкету на 34 - 36 неделе беременности!

Уважаемые будущие мамы!

Для того, чтобы ограничить личные контакты в больнице до абсолютно необходимого уровня во время коронавируса, в настоящее время отменены личные визиты, для амбулаторной регистрации новорожденных в нашей клинике.

В любом случае, Вы можете попросить своего гинеколога оформить «направление для регистрации рождения»(Überweisung).

На основании анкеты, паспорта матери и направления для регистрации рождения ребенка мы примем решение, необходимо ли Вам лично посетить нашу клинику и обязательно сообщим Вам об этом. Для этого мы просим Вас сообщить корректные контактные данные (например, Ваш мобильный телефон).

Если с нашей стороны нет вопросов, то мы заведем медицинскую карту в нашей клинике на рождение ребёнка и попросим Вас прийти непосредственно перед родами (если ваша беременность продолжается без каких-либо проблем) при наличии признаков начала родовой деятельности, таких как: схватки, выделение амниотической жидкости, кровотечение (!) или другие признаки. До этого момента Вы будете находиться под присмотром вашего гинеколога/акушера.

Мы желаем вам легкой беременности и с нетерпением ждем встречи с Вами.

Chefarzt Dr. Sven Seeger

Рекомендуем перед отправкой показать заполненный бланк гинекологу/акушеру, чтобы проверить правильность заполнения. Отправьте нам заполненную анкету и копию паспорта матери, а также все предварительные заключения/медицинские письма и копию квитанции о направлении к врачу одним из следующих способов:

E-Mail: [anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de](mailto:anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de) (лучший способ )

Fax: (0345) 213 4429

Post: KH St. Elisabeth und St. Barbara, Kreißsaal, Mauerstr. 5, 06110 Halle

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Гинеколог, наблюдающий беременность: (Frauenarzt) \_\_\_\_\_

Акушер, наблюдающий беременность: (Heb.vorb.)  Нет/  Да Имя акушера: \_\_\_\_\_

Уход акушера после рождения ребёнка (Heb.Nachsorg.):  Нет/ Да Имя акушера : \_\_\_\_\_

У вас есть лечащий детский врач (Kin.arzt) :  Нет /  Да Имя врача : \_\_\_\_\_

**Ожидаемая дата родов по паспорту матери :**

В целях информирования, мы вынуждены задать несколько вопросов о риске заражения коронавирусом COVID-19. Разумеется, Вы можете рассчитывать на поддержку в нашей клинике в случае заражения или подозрения на инфекцию. Оценка риска предназначена только для того, чтобы обеспечить Вам, Вашему ребёнку, другим беременным женщинам и персоналу максимальную безопасность.

Есть или была ли у вас диагностирована инфекция COVID-19?  Нет /  Да

У вас была температура, одышка или кашель за последние 4 недели?  Нет /  Да

Вы были в зоне риска за последние 14 дней?  Нет /  Да

Контактировали ли Вы в течение последних 14 дней с человеком, зараженным COVID-19?  Нет /  Да

**Пожалуйста, не забудьте прислать нам копию паспорта матери.**



KRANKENHAUS  
ST. ELISABETH &  
ST. BARBARA

## Информация о прошлых беременностях (zurückliegende Schwangerschaften)

Количество родов: (Geburten)

Количество выкидышей / аборт / внематочной беременности:




Включая выкидыши после 20-й недели беременности? Укажите подробности:

Подробная информация о прошлых беременностях / родах / послеродового периода						
Год	Это были преждевременные роды <37 недель? Если да, то на какой неделе? (FG < 37.SSW)	Вид родов: традиционный, кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум (Modus)	У вас были повреждения родовых путей? (Geb.verletzt)	Вес при рождении (Gewicht)	Были ли проблемы во время беременности / родов / послеродового периода? (Probleme SS/Geb/WB)	Ребенок здоров? если нет, укажите диагноз, пожалуйста (Kind gesund?)

Дополнительная информация о предыдущих беременностях, которую вы считаете важной:  
(Если не хватает места, создайте вложение) (Weitere Angaben zu Schwangerschaften die Ihnen wichtig sind)

### Информация об истории болезни

1. У вас есть аллергии (Allergie)  Нет /  Да  
Если да, то на какие вещества:

2. У вас когда-нибудь был тромбоз? (Thrombose)  Нет /  Да  
Если да, расскажите подробности:

3. У вас повышенная склонность к кровотечениям? Есть у кого-либо из Ваших родственников повышенная склонность к кровотечениям (которая не вызвана медикаментозным воздействием) (Blutungsneigung)  Нет /  Да  
Если да, расскажите подробности:

4. Вы знаете о предыдущих болезнях? (Vorerkrankungen)  Нет /  Да  
Если да, расскажите подробности: (например, диабет, эпилепсия, заболевания сердца, почек, кишечника и т.д.)

# форма самораскрытия - регистрация родильный дом St. KH Elisabeth u. St. Barbara Halle

Version: 16.03.2020

5. Вам когда-нибудь делали операцию? (OPs?)  Нет /  Да  
Если да, расскажите подробности:

- 
6. Вы в настоящее время принимаете какие-нибудь лекарства? (Med.?)  Нет /  Да  
Если да, то какие?

---

## Детали текущей беременности (aktuelle Schwangerschaft)

7. Пренатальная диагностика: проводились ли специальные пренатальные обследования в дополнение к обычному осмотру?  
 Скрининг диагностика (Ersttrimesterscreening)  
 УЗИ для исключения пороков развития (Feinsono)  
 анализ амниотической жидкости / хорионическая выборка Вилли (AC)  
 неинвазивный пренатальный тест (образец крови матери для хромосомной диагностики плода) (NIPT)
8. Проводилось ли ультразвуковое обследование? (Besonderheiten PND)  Нет /  Да

- 
9. Риски беременности: Возникали ли во время беременности проблемы или патологические изменения?  
(Если да, пожалуйста, отметьте галочкой) (Schwangerschaftsrisiken)  
 Многоплодная беременность (Mehrlinge)  
 Гипертония при беременности (преэклампсия) (SIH, PE)  
 гестационный диабет ("сахарный диабет"): (DM)  
-если да:  без инсулина  с потребностями инсулина (Пожалуйста, укажите значение сахара в крови)  
 маловесный плод (IUGR, SGA)  
 ребенок еще не повернулся к родовому каналу головой вниз (nicht in SL)  
 Другие проблемы / риски (andere Probleme):

- 
10. Есть ли какие-нибудь особые пожелания относительно рождения вашего ребенка? (Wünsche)

---

Дата

подпись Беременные женщины  
(или хранители)

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ

Eingang Datum / HZ: \_\_\_\_\_

SSW aktuell: \_\_\_\_\_

Akte angelegt:  Ja

Vorstellung notwendig:  Nein /  Ja

Grund: \_\_\_\_\_

Patn. informiert / HZ:  Ja / \_\_\_\_ Wann? /

Wie?: \_\_\_\_\_

Termin Vorstellung:

**Пожалуйста, не забудьте прислать нам копию паспорта матери.**