

# Geburtsprotokoll bulgarisch

Jahr  Nr.

## Anamnese erhoben:

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift

bulgarisch:  не (nein)  да (ja)

Име (Name): _____	Рождено име (geb.): _____
Родена на (geb. am): _____	Професия (Beruf): _____
Адрес (Adresse): _____	_____
Съпруг/Партньор (Ehemann): _____	Професия (Beruf): _____
Гинеколог/Гинеколожка (Gyn.): _____	Акушерка (Hebamme): _____
Телефон (Telefon): _____	Здравна каса (Kr.kasse): _____
Телефон на член на семейството (Angehöriger): _____	Допълнителна здравна застраховка (Zusatz): _____

\_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P  
Възраст (Alter): \_\_\_\_\_

Letzte Regel: \_\_\_\_\_  
ET: - rechnerisch: \_\_\_\_\_  
- Ultraschall: \_\_\_\_\_  
- korrigiert: \_\_\_\_\_  
Има ли изтичане на течност (läuft Flüssigkeit)?  
 не  да Blasenprung: \_\_\_\_\_

Алергии (Allergie): \_\_\_\_\_  
Операции (Operation): \_\_\_\_\_  
Заболявания (Krankheiten): \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei vorausgegangen Geburten: \_\_\_\_\_  
Schwangerschaftsverlauf: \_\_\_\_\_

Vortest GDM (50g):  ja  nein  unauff.  auff. | Diagnostettest-GDM (75g):  ja  nein  unauff.  auff.  
GDM:  ja  nein  nicht getestet  diätetisch  insulinpflichtig

Pränatale Gendiagnostik:  nein  invasiv  nicht-invasiv | Правен ли е тест за ХИВ (HIV)?:  да  не

1. Untersuchung: \_\_\_\_\_ 1. Ultraschall: \_\_\_\_\_

Nabelschnurblutspende gewünscht:  ja  nein

Blutgruppe der Mutter: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

AK: \_\_\_\_\_ Strep.: \_\_\_\_\_ Röteln IgG: \_\_\_\_\_ Immunität:  ja  nein

LSR: \_\_\_\_\_ Cytomegalie: \_\_\_\_\_ HBsAg: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Chlamydien: \_\_\_\_\_ Herpes: \_\_\_\_\_ Toxoplasmose: \_\_\_\_\_

**Лична анамнеза (Eigenanamnese)**Варицела (Windpocken):  не  да

Ръст (Größe): \_\_\_\_\_

Тегло в началото на бременността  
(Anfangsgewicht): \_\_\_\_\_при раждането (bei  
Entbindung): \_\_\_\_\_Разширени вени (Varizen):  не  да крака (Beine)  интимна сфера (Intimbereich)  хемороиди (Hämorrhoiden)Натрупване на течности (Wassereinlagerung):  не  да, \_\_\_\_\_Никотин по време на бременността (Nikotin):  не  да, на ден брой \_\_\_\_\_ цигари (pro Tag)Алкохол по време на бременността (Alkohol):  не  даМесечен цикъл (Periode):  редовен през 28 дена (regelmäßig alle 28 Tage)  редовен, на всеки \_\_\_ дни (regelmäßig alle \_\_\_ Tage)  нередовен (unregelmäßig)

Хормонални противозачатъчни препарати преди бременността (horm. Verhütungsmittel bis):

 не  да, до \_\_\_\_\_Спонтанни аборти (Fehlgeburten):  не  да, \_\_\_\_\_Аборти (Abbrüche):  не  да, \_\_\_\_\_Кръвни преливания (Bluttransfusionen):  не  да, \_\_\_\_\_

Медикаменти по време на бременността (Medikamente in der Schwangerschaft):

 не  да, какви и колко /дозировка (welche & wieviel /Dosierung): \_\_\_\_\_Желание да кърмите (Stillwunsch):  не  даВзимали ли сте някакъв антибиотик през последните 6 месеца (Antibiotikum):  не  даБили ли сте на лечение в болница през последните 6 месеца (stat. Aufenthalt):  не  да

ако да, от (wenn ja, von): \_\_\_\_\_ до (bis): \_\_\_\_\_

поради (wegen): \_\_\_\_\_

Била ли сте позитивно тествана за мултирезистентни бактерии (MRSA pos.)?  не  даИмали ли сте контакт по време на работа с прасета, телета или кокошки (Kontakt zu Schweinen etc)?  не  да