

Geburtsprotokoll polnisch

Jahr Nr.

Anamnese erhoben:

_____ Datum _____ Unterschrift

polnisch: **nie (nein)** **tak (ja)**

Nazwisko (Name): _____

Nazwisko panienskie (geb.): _____

Urodzona (geb. am): _____

Zawod (Beruf): _____

Adres (Adresse): _____

Maz/Partner(Ehemann): _____

Zawod (Beruf): _____

Gynäkologe/in: _____

Polozna (Hebamme): _____

Telefon: _____

Kasa Chorych (Kr.kasse): _____

Telefon-Partner: _____

Private Zusatzversicherung: _____

_____ G _____ P

Wiek (Alter): _____

Letzte Regel: _____

ET: - rechnerisch: _____

- Ultraschall: _____

- korrigiert: _____

Blasensprung: _____

Odplywanie wód płodowych (läuft Flüssigkeit ab?): **nie** **tak**

Uczulenia (Allergien): _____

Operacje (Operationen): _____

Choroby (Krankheiten): _____

Besonderheiten bei vorausgegangen Geburten: _____

Schwangerschaftsverlauf: _____

Vortest GDM (50g): ja nein unauff. auff. | Diagnostest-GDM (75g): ja nein unauff. auff.

GDM: ja nein nicht getestet diätetisch insulinpflichtig

Pränatale Gendiagnostik: nein invasiv nicht-invasiv | HIV-Test: tak nie

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: _____

Wywiad własny (Eigenanamnese)

Wysokość (Größe): _____

Ospa (Windpocken): nie tak

Waga na Początku ciąży (Anfangsgewicht): _____ Przy Porodzie (bei Entbindung): _____

Zylaki (Krampfadern): nie tak Nogi (Beine) Genitalia (Intimbereich) Hemoroidy (Hämorrhoiden)

Obrzęki (Wassereinlagerungen): nie tak, _____

Papierosy w ciąży (Nikotin in der Schwangerschaft): nie tak, ile (am Tag) _____ Zigaretten

Alkohol: nie tak

Miesiączka regularnie? (Periode regelmäßig?): nie tak

Antykoncepcja przed ciążą (hormonelle Verhütungsmittel vor der Schwangerschaft): nie tak

Poronienia (Fehlgeburten): nie tak, ile (wiele): _____

Aborcja (Abbrüche): nie tak, ile (wiele): _____

Przetaczanie Krwi (Bluttransfusionen): nie tak

Lekarstwa w ciąży (Medikamente in der Schwangerschaft): nie tak

takie i ile? (welche und wieviel /Dosierung): _____

Karmienie piersią (Stillwunsch): nie tak

Ostatnie 6 Miesiący zazywanie Anitybiotyku (Einnahme eines Antibiotikums): nie tak

Ostatnie 6 Miesiący pobyt w Szpitalu? (Stat. Aufenthalt?): nie tak

kiedy od (wenn ja, von): _____ do (bis): _____ powód (wegen): _____

Robiony był wymaz na Bakterie szpitalne? (Test auf positiv multiresistente Keime): nie tak

Zawodowy Kontakt z Swiniami, Krowami albo Drobiem? (Kontakt zu Schweinen etc.): nie tak

Wywiad Rodzinny Ciężarnej i ojca Dziecka (Familienanamnese der Schwangeren)

Cukrzyca (Diabetes): nie tak, kto (wer): _____

Wysokie Cisnienie (Hypertonus): nie tak, kto (wer): _____

Wady rozwojowe (Fehlbildungen/Erbkrankheiten): nie tak

kto i jakie (wer und welche): _____