

Kişisel bilgiler - St. Elisabeth ve St. Barbara Halle hastanesine doğum için başvuru

Selbstauskunft – Anmeldung zur Entbindung im KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle

Version: 16.03.2020



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Lütfen normal şartlarda anketi 34 - 36 haftalık hamilelik döneminizde doldurunuz!

Im Normalfall bitte den Bogen im Zeitraum 34 – 36 Schwangerschaftswochen ausfüllen!

Sevgili gebeler,

Devam eden Korona krizinden dolayı hastanemizdeki birebir kontağı olabildiğince sınırlandırmaya çalışıyoruz, bu nedenle doğum başvurusu için gerçekleşen bireysel ayakta tedavi sunumları sadece gerekli durumlarda gerçekleşecektir. Ayrıca kadın doktorunuzdan doğum planlamasına (Überweisung zur Geburtsplanung) dair belgeyi tedarik ediniz. Anket, anne defteri ve doğum planlamasına dair belge (Fragebogen, Mutterpass, Überweisung) doğrultusunda birebir görüşmenin gerekliliğine karar vereceğiz. Birebir görüşmeye karar verdiğimiz takdirde sizi bilgilendireceğiz. Bu nedenle iletişim bilgilerinizi paylaşmanızı rica ediyoruz (örneğin; Cep telefonu). Birebir görüşmeye ihtiyaç duyulmadığı takdirde, ilk olarak doğum dosyanızı oluşturacağız sonrasında kasılmalarınız başladığında, suyunuz geldiğinde, kanamanız(!) ya da başka belirtiler olduğunda hastanemize başvurmanızı istiyoruz. O zamana kadar kadın doktorunuz/ ebeniz size eşlik edecektir. Sağlıklı bir hamilelik süreci geçirmenizi diliyoruz ve tanışmak üzere diyoruz.

Bölüm Başkanı Dr. Sven Seeger

Lütfen bu anketi doldurup göndermeden önce doktorunuza/ebenize gösteriniz. Bu anketi (Fragebogen), anne defterinizin (Mutterpass) kopyasını, doğum planlamasına dair olan belgenin (Überweisungsscheines) kopyasını ve daha önceki önemli bulguları (tıbbi bulgular, doktor notları vb.) aşağıdaki yöntemlerden birtanesi ile gönderiniz.

E-Mail: anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de

Fax: (0345) 213 4429

Posta: KH St. Elisabeth und St. Barbara, Kreißeaal, Mauerstr. 5, 06110 Halle

Soyisim, İsim: _____ Doğum tarihi: _____
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

Adres: _____
(Wohnanschrift)

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kadın doktorunuz: _____
(Betreuende Frauenärztin/der betreuende Frauenarzt)

Ebe ile doğum öncesi hazırlık: Hayır (Nein) / Evet (Ja) Ebe'nin adı: _____
(Hebammenvorbereitung) (Name Hebamme)

Ebe ile doğum sonrası bakım: Hayır (Nein) / Evet (Ja) Ebe'nin adı: _____
(Hebammennachsorge) (Name Hebamme)

Çocuk doktorunuz var mı: Hayır (Nein) / Evet (Ja) Çocuk doktorunuzun adı: _____
(Haben Sie schon einen Kinderarzt) (Name Arzt)

Anne defterinizdeki (Mutterpass) beklenen doğum tarihi ne zaman:
(Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass)

Maalesef öncelikle Korona enfeksiyon riskine karşı Covid-19 ile ilgili birkaç soru sorarak başlayacağız. Enfekte olmanız durumunda veya virüsten şüphelenirse dahi sizi hastanemizde ağırlayacağımızdan şüpheniz olmasın. Bu soruları sormamızın sebebi sizi, bebeğinizi, diğer gebeleri ve diğer çalışanları maximum seviyede korumak amaçlı.

Daha önce veya şimdi size Korona virüsü bulaştı mı? Hayır (Nein) / Evet (Ja)
(Ist oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?)

Son 4 hafta içerisinde Ateşiniz, nefes darlığınız ya da öksürüğünüz oldu mu? Hayır (Nein) / Evet (Ja)
(Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber, Atemnot oder Husten?)

Son 14 gün içerisinde riskli bir bölgede bulundunuz mu? Hayır (Nein) / Evet (Ja)
(Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten?)

Son 14 gün içerisinde Korona virüsü teşhisi konmuş birisiyle kontak kurduunuz mu? Hayır (Nein) / Evet (Ja)
(Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Infektion?)

***** ANNE DEFTERİNİZİN (MUTTERPASS) KOPYASINI GÖNDERMEYİ LÜTFEN UNUTMAYINIZ! *****

Kişisel bilgiler - St. Elisabeth ve St. Barbara Halle hastanesine doğum için başvuru

Selbstauskunft – Anmeldung zur Entbindung im KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle

Version: 16.03.2020

***Lütfen cevaplarınızı Almanca veya İngilizce veriniz!**

Önceki gebeliklere dair bilgiler

Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften

Daha önceki doğum sayınız:
(Anzahl zurückliegender Geburten)

Daha önceki düşük / kürtaj / dış gebelik sayınız:
(Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften)

Gebeliğin 20. Haftasından sonra düşük yaptıysanız lütfen daha detaylı bilgi veriniz:
(Darunter Fehlgeburten nach der 20. Schwangerschaftswoche? Wenn ja, nähere Angaben)

Daha önceki gebeliklere / doğumlara / lohusalık dönemine ait bilgiler						
Yıl	Erken doğum mu? <37 Haftalık? Evet ise kaçınıcı hafta?	Doğumunuz nasıl gerçekleşti? Normal, Sezeryan, Vakum, Forseps.	Doğum sırasında yaralanmalar yaşadınız mı?	Doğum kilosu	Gebelik sürecinizde/ doğumda / Lohusalık döneminizde problem yaşadınız mı?	Bebeğiniz sağlıklı mı? Değil ise detaylı bilgi veriniz.

Önceki gebeliklerinize dair eklemek istediğiniz önemli bilgiler:
(Yeterince boşluk yok ise yeni sayfa ekleyebilirsiniz.)

Sağlık geçmişinize dair bilgiler

(Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte)

- Herhangi bir alerjiniz var mı? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Sind bei Ihnen Allergien bekannt?)
Evet ise hangi (Wenn Ja welche):
- Daha önce Tromboz hastalığınız oldu mu? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?)
Evet ise detaylı bilgi verir misiniz (Wenn Ja, nähere Angaben):
- Kanama Eğilimi hastalığınız var mı? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
Yakınlarınızda kanama eğilimi hastalığı var mı? (ilaç kaynaklı olmayan)
(Haben Sie eine verstärkte Blutungsneigung? Haben Angehörige von Ihnen eine verstärkte Blutungsneigung (die nicht durch Medikamente bedingt ist))
Evet ise detaylı bilgi verir misiniz (Wenn Ja, nähere Angaben):
- Herhangi bir hastalığınız var mı? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?)
Evet ise, detaylı bilgi verir misiniz: (ör: Diyabet, Epilepsi, Klap hastalıkları, Böbrek, Bağırsak...)
(Wenn Ja, nähere Angaben: (z.B. Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen Herz, Niere, Darm ...))

***** ANNE DEFTERİNİZİN (MUTTERPASS) KOPYASINI GÖNDERMEYİ LÜTFEN UNUTMAYINIZ! *****

Kişisel bilgiler - St. Elisabeth ve St. Barbara Halle hastanesine doğum için başvuru

Selbstauskunft – Anmeldung zur Entbindung im KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle

Version: 16.03.2020

*Lütfen cevaplarınızı Almanca veya İngilizce veriniz!

5. Daha önce ameliyat oldunuz mu? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Wurden Sie schon einmal operiert?)

Evet ise detaylı bilgi verir misiniz:
(Wenn Ja, nähere Angaben)

6. İlaç kullanıyor musunuz? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?)

Evet ise, hangisi? (Vitaminler, Folikasit, iyot vb., hamilelik için gerekli olan ilaçlar hariç)
(Wenn Ja, welche? (Hier nicht Vitamine, Folsäure, Jod usw. die vorsorglich für die Schwangerschaft sind))

Güncel gebeliğinize dair bilgiler

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

7. Prenatal teşhis: Rutin kontrollere ek olarak herhangi bir özel muayene yapıldı mı?
(Pränataldiagnostik: Erfolgten über die normale Vorsorge hinaus spezielle vorgeburtliche Untersuchungen?)
 İlk 3 aylık dönem taraması (Ersttrimesterscreening)
 Anomali testi (Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss)
 Amniyotik sıvı testi (Amniyosentez) / Koryon Villus tanısı (Fruchtwasserpunktion / Chorionzotendiagnostik)
 Girişimsel olmayan Prenatal tarama testi (Bebeğin kromozom testi için annenin kann örneği, ör. Fetalis, doğruluk testi) (Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe der Mutter zum Chromosomendiagnostik des Kindes, z.B. Fetalis-, Harmony-, Veracity-Test))
8. Şu ana kadar yapılan Ultrason muayenelerinizde dikkat çeken durumlar oldu mu? Hayır(Nein) / Evet(Ja)
(Gab oder gibt es Besonderheiten bei bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen?)

9. Gebelik riskleri: Gebelik sürecinizde herhangi bir problem ile karşılaştınız mı?
(Schwangerschaftsrisiken: Sind Probleme oder auffällige Befunde in der Schwangerschaft aufgetreten?)

Evet ise, Lütfen işaretleyiniz. (Wenn Ja, bitte ankreuzen)

- Çoklu gebelik (Mehrlingsschwangerschaft)
 Gebelik Hipertansiyonu (Schwangerschafts-Bluthochdruck (Präeklampsie))
 Hamilelik şekeri (Schwangerschaftsdiabetes ("Zuckerkrankheit")):
-> evet ise (wenn Ja): İnsülin olmadan (ohne Insulin) ya da (oder) İnsülin ile (mit Insulinbedarf)
Lütfen kan şekeri değerlerini paylaşınız. (Bitte die Blutzuckerwerte übermitteln.)
 Fetal büyüme geriliği (bebeğin küçük olması). (Minderwachstum des Kindes (Kind zu klein))
 Şimdiye kadar bebeğin kafası aşağıda değil. (ek bilgi için Lütfen ana sayfamızda „Beckenendlage“ kısmına bakınız.)
(Das Kind liegt bisher nicht in Schädellage (siehe auch Information Beckenendlage auf unserer Homepage))
 Diğer problemler/ riskler:
(Andere Probleme / Risiken)

10. Yaklaşan doğumunuz için özel bir isteğiniz var mı?
(Gibt es spezielle Wünsche zu Ihrer bevorstehenden Entbindung?)
(Yeterince boşluk yoksa sayfa ekleyebilirsiniz.)
(eventuell Anlage verwenden)

Tarih _____ Anne adayının imzası
(Datum) _____ Unterschrift der Schwangeren
(bzw. der Sorgeberechtigten)

WIRD VOM PERSONAL AUSGEFÜLLT

Eingang Datum / HZ: _____

SSW aktuell: _____

Akte angelegt: Ja

Vorstellung notwendig: Nein / Ja

Grund: _____

Patn. informiert / HZ: Ja / _____

Wann? / Wie?: _____

Termin Vorstellung: _____

*** ANNE DEFTERİNİZİN (MUTTERPASS) KOPYASINI GÖNDERMEYİ LÜTFEN UNUTMAYINIZ! ***