

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

АНКЕТА ЗДОРОВ'Я

Gynäkologie - Гінекології

DEUTSCH - UKRAINISCH
німецька - український

Information: / Інформації українською мовою:

Die Fragen orientieren sich an den Fragen des Mutterpasses! / Питання орієнтуються відносно Інформації в декретному квитку

Name / Прізвище		
Alter / Вік	Gewicht / Вага	Größe / Зріст
Letzte Regel Остання менструація.	Alter des Partners Вік партнеру	

ja / так nein / ні

01	Ist in Ihrer Familie schon mal eine der folgenden Krankheiten aufgetreten? Які захворювання спостерігалися в родині?			
	Цукровий діабет / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Гіпертонія / Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Вроджені вади розвитку / Angeborene Missbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Спадковані захворювання / Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Психічні захворювання / Psychische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	Waren Sie selbst schon mal an den folgenden Organen erkrankt: Чи були у вас захворювання органів:			
	Серце / Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Легенів / Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Печінки / Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Нирки / Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Нервової системи / Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	Besteht eine Störung der Blutgerinnung? / a Порушення згортання крові.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	Neigen Sie zu Venenentzündungen? b Чи спільни ви до флебіту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	Haben Sie Allergien? Чи є у вас алергія?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	Haben Sie schon mal Bluttransfusionen erhalten? Чи одержували ви переливання крові?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja / так	nein / ні
06	Bestehen bei Ihnen besondere seelische Belastungen (Familie, Beruf)? Чи були у вас емоційний стрес? (Родина , робота)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Bestehen bei Ihnen besondere soziale Probleme (Geldmangel, Wohnung)? Чи маєте ви особливі соціальні проблеми (нестача грошей, житло, т.д.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Gab es Blutgruppenunverträglichkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? Чи були у вас несумісність групи крові попередньої вагітності?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Sind Sie zuckerkrank? Чи маєте ви цукровий діабет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie Übergewicht? Чи страждаєте ви на надмірну вагу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Leiden Sie an Kleinwuchs? Чи страждаєте ви на малий зріст?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Bestehen bei Ihnen Veränderungen des Skelettsystems? Чи маєте ви зміни в скелету / кістковий системі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sind Sie unter 18 Jahren alt? Вам менше 18 років?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sind Sie über 35 Jahre alt? Вам більше 35 років?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie bereits mehr als 4 Kinder? Чи маєте ви вже більше як 4 дитини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mussten Sie oder Ihr Mann sich vor der Schwangerschaft wegen Kinderlosigkeit behandeln lassen? Доводилось вам чи вашому чоловіку до вашої вагітності лікуватися щодо бездітності?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Hatten Sie schon mal eine Frühgeburt (vor Ende der 37.SSW)? Чи були в вас передчасні пологи (до кінця 37. Тижня вагітності)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Haben Sie schon mal ein zu leichtes Kind geboren? Чи був в вас випадок народження недоношеної дитини (з малою вагою)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Hatten Sie bereits zwei oder mehr Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche? Чи були в вас випадки двох чи більше викидень / абортів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 a	Hatten Sie schon mal eine Totgeburt? Чи був у вас випадок народження мертвої дитини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 b	Haben Sie ein krankes Kind? Чи маєте ви хвору дитину?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Gab es Probleme bei vorangegangenen Geburten? Чи були ускладнення при попередніх пологах/ народженнях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja / так	nein / ні
22	Gab es Probleme nach der Geburt? Чи були у вас ускладнення після пологів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Hatten Sie schon mal einen Kaiserschnitt? Чи були в вас вже пологи з допомогою Кесарів розтину?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Wurden Sie schon mal an der Gebärmutter operiert? Чи була в вас оперована матка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ist die letzte Schwangerschaft weniger als ein Jahr her? Чи була ваша попередня вагітність менше як один рік тому?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Gibt es andere Besonderheiten? Чи є ще які особливості, про які ви хочете повідомити?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright Soroptimist International Deutschland - Club Köln-Römerturm – Dr. med. Caroline Hoppe
Авторські права належать Soroptimist (Зороптіміст) International / Міжнародному Німеччини - Клуб Кельн - Римська Вежа, Dr. Caroline Hoppe

eine **weltweite Stimme** für Frauen

Soroptimist



International

Deutschland

Club Köln-Römerturm

Erfahren Sie mehr über Soroptimist International unter www.soroptimist.de
und unter www.si-koeln-roemerturm.de/

Одержати інформації про Soroptimist International / Зороптіміст Міжнародний згідно www.soroptimist.de
чи згідно www.si-koeln-roemerturm.de

Der Fragebogen steht für Sie als **Download** im Internet unter www.si-koeln-roemerturm.de zur Verfügung.
Анкету можна завантажити з Інтернету Доступний www.si-koeln-roemerturm.de.