



## استمارة معلومات ذاتية رعاية الرضع في برلين

نحن، مقدمات الرعاية للرضع، نود مرافقتك ودعمك أثناء فترة ولادتك. من ثم، نطلب منك الإجابة على الأسئلة التالية بحرص وبشكل مقروء.

يخضع جميع العاملين لدينا لواجب السرية!  
شكرًا على ثقتك.

الاسم، الاسم الأول	الشارع، رقم المبنى، الرقم البريدي، المكان
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني
تاريخ الميلاد	موعد الولادة المحسوب

بلدي الأصلي هو: _____
أتحدث اللغة الألمانية: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
لغتي (لغاتي): _____ من يُمكنه أن يُترجم؟ الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
هربت من موطني في آخر 5 سنوات. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم من أين؟ _____
أعيش في سكن مشترك/مهجع/مأوى للمشردين. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

يعيش لدي _____ طفل (أطفال) (العدد). لدي _____ أطفال أصغر من 5 سنوات (العدد).
هناك من يقدم الرعاية لأطفالي في فترة تواجدي في المستشفى. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
أعيش وحدي مع طفلي/أطفالي. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
بعد الولادة، حصلت على المساعدة في المنزل. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

أدخن. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم عدد السجائر في اليوم (حاليًا): _____
أشرب الكحوليات و/أو أتناول مواد مُخدرة أخرى. تناول الكحول: بانتظام <input type="checkbox"/> من أنٍ لآخر <input type="checkbox"/> مُطلقًا <input type="checkbox"/> المخدرات: بانتظام <input type="checkbox"/> من أنٍ لآخر <input type="checkbox"/> مُطلقًا <input type="checkbox"/> ما نوع المخدرات؟ _____
لدي مرض عقلي. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم الاكتئاب <input type="checkbox"/> اضطراب ما بعد الصدمة <input type="checkbox"/> الذهان <input type="checkbox"/> اضطراب الشخصية الحدية <input type="checkbox"/> اضطراب القلق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> : _____



## استمارة معلومات ذاتية رعاية الرضع في برلين

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أشعر بالثقل بشكل خاص. بسبب: مشاكل علاقة الشراكة <input type="checkbox"/> مشاكل أسرية <input type="checkbox"/> نفسيًا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	لدي مشاكل (مثلاً بسبب البطالة، أو الديون، أو وضع المعيشة)
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أقدم الرعاية للأقارب. يوميًا <input type="checkbox"/> بانتظام <input type="checkbox"/> من أنٍ لآخر <input type="checkbox"/>
		تعرضت من قبل إلى: العنف <input type="checkbox"/> تجارب صادمة <input type="checkbox"/> الاستغلال <input type="checkbox"/> متى؟ _____

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أتلقي الدعم العملي. من: مكتب رعاية الشباب <input type="checkbox"/> الرعاية القانونية <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	لدي قابلية.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	لدي طبيب أطفال / طبيبة أطفال.

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أرغب في أن يتصل بي مرشد الأطفال قبل موعد ولادتي.
-----------------------------	------------------------------	--

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_