Ние, от пътеводител за бебета, бихме искали да ви придружаваме и подкрепяме по време на раждането. Затова ви молим да отговорите внимателно и четливо на следните въпроси.

Всички служители подлежат на конфиденциалност!

Благодарим Ви за доверието.

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, име | Улица, №, пощенски код, населено място |
| Телефонен номер | имейл |
| Дата на раждане | Термин за раждане |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страната ми на произход е: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Говоря немски. | да □ | не □ |
| Моят език/ Моите езици е/са \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кой може да превежда? Име:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| През **последните 5 години** съм избягала от родината си. От къде? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да □ | не □ |
| Настанявам се в общ апартамент/общежитие/приют за бездомни. | да □ | не □ |
|  |  |  |
| При мен живеят \_\_\_\_\_ деца (брой). Под 5 години са \_\_\_\_\_ деца (брой). |
| Има кой да се грижи за децата ми докато съм в болницата. | да □ | не □ |
| Живея сама с детето/децата си. | да □ | не □ |
| След раждането ще получа подкрепа вкъщи. | да □ | не □ |
|  |
| аз пуша. | да □ | не □ |
| Брой цигари на ден (към момента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Пия алкохол и/или вземам друга дрога. | да □ | не □ |
| Алкохол: редовно □ от време на време □ никога □ Дрога: редовно □ от време на време □ никога □ Каква дрога? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Имам психично заболяване | да □ | не □ |
| Депресия □ Посттравматичен стрес □ Психоза □ Гранично личностно разстройство □ Страхова невроза □Друго □ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чувствам се особено обременен. | да □ | не □ |
| Чрез: Конфликти с партньора □ семейни проблеми □ душевно □  |
| Имам притеснения (напр. заради безработица, дългове, жилищната ситуация) | да □ nein  | не □ |
| Грижа се за роднини. | да □ | не □ |
| Всеки ден □ редовно □ от време на време □ |
| Имам опит с:Насилие □ травматични изживявания □ сексуално посегателство □ Кога? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Получавам практична подкрепа. | да □ | не □ |
| Чрез: служба за социални грижи за младежта (напр. семейна помощ) □ правни грижи □ |
| Имам акушерка. | да □ | не □ |
| Имам педиатър. | да □ | не □ |
|  |  |  |
| Бих искал да се свърже с мен от ръководството за бебето преди термина ми. | да □ | не □ |

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_