



Въпросник за лична информация

Пътеводител за бебета Берлин

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 <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
Моят език/ Моите езици е/са _____	
Кой може да превежда? Име: _____ Телефон: _____	
През последните 5 години съм избягала от родината си.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
От къде? _____	
Настанявам се в общ апартамент/общезитие/приют за бездомни.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>

При мен живеят _____ деца (брой). Под 5 години са _____ деца (брой).	
Има кой да се грижи за децата ми докато съм в болницата.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
Живея сама с детето/децата си.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
След раждането ще получа подкрепа въщи.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>

аз пуша.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
Брой цигари на ден (към момента): _____	
Пия алкохол и/или вземам друга дрога.	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
Алкохол: редовно <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/> никога <input type="checkbox"/>	
Дрога: редовно <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/> никога <input type="checkbox"/> Каква дрога? _____	
Имам психично заболяване	да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>
Депресия <input type="checkbox"/> Посттравматичен стрес <input type="checkbox"/> Психоза <input type="checkbox"/> Гранично личностно разстройство <input type="checkbox"/> Страхова невроза <input type="checkbox"/>	
Друго <input type="checkbox"/> : _____	



Въпросник за лична информация

Пътеводител за бебета Берлин

Чувствам се особено обременен.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Чрез: Конфликти с партньора <input type="checkbox"/> семейни проблеми <input type="checkbox"/> душевно <input type="checkbox"/>		
Имам притеснения (напр. заради безработица, дългове, жилищната ситуация)	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Грижа се за роднини.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Всеки ден <input type="checkbox"/> редовно <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/>		
Имам опит с:		
Насилие <input type="checkbox"/> травматични изживявания <input type="checkbox"/> сексуално посегателство <input type="checkbox"/>		
Кога? _____		
Получавам практическа подкрепа.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Чрез: служба за социални грижи за младежта (напр. семейна помощ) <input type="checkbox"/> правни грижи <input type="checkbox"/>		
Имам акушерка.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Имам педиатър.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
Бих искал да се свърже с мен от ръководството за бебето преди термина ми.	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>

Дата: _____

Подпис: _____