



## Formulaire de renseignements personnels Babylotse Berlin

Chez Babylotse, nous avons pour objectif de vous accompagner et de vous soutenir pendant la période autour de l'accouchement. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions suivantes avec soin et lisiblement.

Tout notre personnel est soumis au secret professionnel !

Un grand merci pour votre confiance.

Nom, prénom	Rue, numéro de bâtiment, code postal, ville
Numéro de téléphone	Adresse e-mail
Date de naissance	Date d'accouchement prévue

Mon pays d'origine est : _____	
Je parle allemand.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ma / mes langue(s) : _____	
Qui peut traduire ? Nom : _____ Téléphone : _____	
J'ai fui mon pays d'origine il y a <b>moins de cinq ans</b> .	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
D'où venez-vous ? _____	
Je vis dans un logement partagé / dortoir/refuge pour sans-abri.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

_____ enfant(s) (nombre) vit / vivent avec moi. _____ enfant(s) (nombre) a / ont moins de 5 ans.	
Mes enfants seront pris en charge lorsque je serai à l'hôpital.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Je vis seule avec mon/mes enfant(s).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Je recevrai de l'aide chez moi après l'accouchement.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Je fume.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre de cigarettes par jour (actuellement) : _____	
Je bois de l'alcool et/ou consomme d'autres drogues.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Alcool : Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Drogues : Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quelles drogues ? _____	
Je suis atteinte d'un trouble psychique.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dépression <input type="checkbox"/> Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/>	
Personnalité limite (borderline) <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> : _____	
Je me sens particulièrement tendue.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Par: conflits de partenariat <input type="checkbox"/> problèmes familiaux <input type="checkbox"/> psychologiques <input type="checkbox"/>	
Je suis inquiète (à cause du chômage, de dettes, de ma situation en termes de logement, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



## Formulaire de renseignements personnels Babylotse Berlin

J'ai des proches à charge.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tous les jours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/>		
J'ai déjà été confrontée à ces expériences :		
Violence <input type="checkbox"/> Événements traumatisants <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/>		
Quand ? _____		
Je bénéficie d'une assistance pratique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Service de la jeunesse <input type="checkbox"/> Prise en charge légale <input type="checkbox"/>		
J'ai une sage-femme.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un(e) pédiatre.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Je souhaite être contactée par le guide bébé avant ma date d'accouchement.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_