



Formular de informații personale

Babyotse Berlin

Noi, Babylots, dorim să vă însoțim și să vă sprijinim în perioada de timp din jurul nașterii. De aceea, vă rugăm să răspundeți cu atenție și lizibil la următoarele întrebări.

Toți angajații sunt obligați să respecte secretul profesional!

Vă mulțumim pentru încrederea acordată.

Nume, prenume	Strada, numărul, codul poștal, orașul
Număr de telefon	Adresa de e-mail
Data nașterii	Data calculată a nașterii

Tara mea de origine este: _____	
Vorbesc germana.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Limba (limbile) mea (mele): _____	
Cine poate traduce? Name: _____ Telefon: _____	
Am fugit din țara mea natală în ultimii 5 ani .	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
De unde? _____	
Locuiesc într-o cazare/cămin comun/adăpost pentru persoane fără adăpost.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>

Cu mine locuiește/locuiesc _____ copil/copii (număr). Există _____ copii cu vârsta sub 5 ani (număr).	
Copiii mei sunt îngrijiți, atunci când sunt în spital.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Locuiesc singur cu copilul/copiii mei.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Am ajutor acasa după naștere.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>

Eu fumez.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Număr de țigări pe zi (în prezent): _____	
Beau alcool și/sau iau alte droguri.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Alcool: regulat <input type="checkbox"/> ocazional <input type="checkbox"/> niciodată <input type="checkbox"/>	
Droguri: regulat <input type="checkbox"/> ocazional <input type="checkbox"/> niciodată <input type="checkbox"/> Ce droguri? _____	
Am o boală psihică.	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>
Depresie <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Psihoză <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Tulburare de anxietate <input type="checkbox"/>	
Altele <input type="checkbox"/> : _____	



Formular de informații personale

Babyotse Berlin

Mă simt deosebit de împovărată.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
Din cauză de: conflicte cu partenerul <input type="checkbox"/> probleme familiale <input type="checkbox"/> psihic <input type="checkbox"/>		
Sunt îngrijorată (de ex., din cauza șomajului, datoriilor, situației locuinței)	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
Am grijă de rude.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
zilnic <input type="checkbox"/> regulat <input type="checkbox"/> ocazional <input type="checkbox"/>		
Am experiența cu:		
Violența <input type="checkbox"/> evenimente traumatice <input type="checkbox"/> abuz <input type="checkbox"/>		
Când? _____		
Primesc sprijin practic.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
De la:		
Biroul de asistență socială pentru tineret (de exemplu ajutor de la familie) <input type="checkbox"/> tutelă legală <input type="checkbox"/>		
Am o moașă.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
Am un medic pediatru.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>
Aș dori să fiu contactat de ghidul bebelușului înainte de data scadenței.	da <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>

Data: _____

Semnătura: _____