



## Анкета предоставления персональных данных Программа поддержки родителей новорожденных – Берлин

Мы, "проводники родителей новорожденных", хотели бы сопровождать Вас в период до и после родов и оказывать Вам необходимую поддержку. Потому мы просим Вас внимательно и разборчиво ответить на следующие вопросы.

Все работники соблюдают конфиденциальность!

Спасибо Вам за Ваше доверие.

Фамилия, имя	Улица, номер дома, почтовый индекс, населенный пункт
Номер телефона	Адрес электронной почты
Дата рождения	Предполагаемая дата родов

Моя страна происхождения: _____		
Я говорю по-немецки.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Мой(и) язык(и): _____		
Кто может переводить? Фамилия: _____ Телефон: _____		
За <b>последние 5 лет</b> я покинула свою родину как беженка.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Куда? _____		
Я живу в общежитии/приюте для бездомных.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

Со мной живет _____ ребенок (детей) (количество). Детей младше 5 лет _____ (количество).		
Мои дети под присмотром, когда я нахожусь в больнице.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Я живу один со своим ребенком/детьми.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
После родов дома у меня будет поддержка.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

Я курю.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Количество сигарет в день (в настоящее время): _____		
Я употребляю алкоголь и/или принимаю другие наркотики.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Алкоголь: регулярно <input type="checkbox"/> иногда <input type="checkbox"/> никогда <input type="checkbox"/>		
Наркотики: регулярно <input type="checkbox"/> иногда <input type="checkbox"/> никогда <input type="checkbox"/> Какие наркотики? _____		
У меня психическое заболевание.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Депрессия <input type="checkbox"/> Посттравматическое стрессовое расстройство <input type="checkbox"/> Психоз <input type="checkbox"/> Граничная линия <input type="checkbox"/> Тревожное расстройство <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> : _____		



## Анкета предоставления персональных данных Программа поддержки родителей новорожденных – Берлин

Я ощущаю сильную нагрузку	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
В связи с конфликтами с партнером <input type="checkbox"/> из-за семейных проблем <input type="checkbox"/> психическую <input type="checkbox"/>		
У меня есть повод для беспокойства (например, из-за безработицы, задолженности, жилищно-бытовых условий)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Я забочусь о родственниках.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
ежедневно <input type="checkbox"/> регулярно <input type="checkbox"/> иногда <input type="checkbox"/>		
У меня был опыт:		
Насилия <input type="checkbox"/> Травматических переживаний <input type="checkbox"/> обращение <input type="checkbox"/>		
Когда? _____		
Я получаю практическую поддержку.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Со стороны:		
Офис по делам молодежи (поддержка семьи) <input type="checkbox"/> в виде предусмотренного законом обслуживания <input type="checkbox"/>		
У меня есть акушерка.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
У меня есть педиатр.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Я бы хотела, чтобы детский гид связался со мной до наступления родов.	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_