



Kendini Açıklama Formu Babylotse Berlin

Biz Babylots olarak doğum sırasında size eşlik etmek ve destek olmak istiyoruz. Bu nedenle, aşağıdaki soruları dikkatli ve okunaklı bir şekilde yanıtalamanızı rica ediyoruz.

Tüm personel mesleki gizliliğe bağlıdır!

Güveniniz için teşekkür ederiz.

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Soyadı, adı | Cadde, ev numarası, posta kodu, şehir |
| Telefon numarası | E-posta: |
| Doğum tarihi | Hesaplanan doğum tarihi |

| |
|--|
| Menşe ülkem: _____ |
| Almanca konuşuyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |
| Konuştuğum dil(ler): _____ |
| Kim çeviri yapabilir? Adı: _____ Telefonu: _____ |
| Son 5 yıl içinde ülkemden kaçtım. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Nereden? _____ |
| Ortak konaklama/yurt/evsizler barınağında yaşıyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| _____ çocuğum var (sayı). 5 yaşın altında _____ çocuğum var (sayı). |
| Ben hastanedeyken çocuklarıma bakılıyor. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |
| Çocuğumla/çocuklarımla yalnız yaşıyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |
| Doğumdan sonra evde destek alıyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| Sigara içiyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Günlük sigara sayısı (güncel): _____ |
| Alkol ve/veya diğer uyuşturucular kullanıyorum. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Alkol: Düzenli olarak <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Uyuşturucular: Düzenli olarak <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Hangi ilaçlar? _____ |
| Psikiyatrik bir rahatsızlığım var. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> TSSB <input type="checkbox"/> Psikoz <input type="checkbox"/> Sınır kişilik bozukluğu <input type="checkbox"/> Anksiyete bozukluğu <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> : _____ |



Kendini Açıklama Formu Babyotse Berlin

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Kendimi özellikle baskı altında hissediyorum. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Şundan dolayı: Birliktelik çatışmaları <input type="checkbox"/> Aile sorunları <input type="checkbox"/> psikolojik <input type="checkbox"/> | | |
| Endişelerim var (örneğin işsizlik, borçlar, konut durumu) | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Akrabalarım bakıyorum. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Her gün <input type="checkbox"/> Düzenli olarak <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> | | |
| Şunlarla ilgili deneyimim var: Şiddet <input type="checkbox"/> Travmatik deneyimler <input type="checkbox"/> suistimal etmek <input type="checkbox"/> Ne zaman? _____ | | |
| Pratik destek alıyorum. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Şunun aracılığıyla: Gençlik Dairesi (Aile Desteği) <input type="checkbox"/> Yasal vasilik <input type="checkbox"/> | | |
| Benim bir ebem var. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Bir çocuk doktorum var. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Doğum tarihimden önce bebek rehberinin benimle iletişime geçmesini istiyorum. | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

Tarih: _____

İmza: _____