



Bản tự đánh giá bản thân

Đội ngũ hỗ trợ sinh nở Berlin

Chúng tôi, những người hỗ trợ sinh nở muốn đồng hành và hỗ trợ bạn trong suốt khoảng thời gian này. Do đó, chúng tôi yêu cầu bạn trả lời các câu hỏi sau đây một cách cẩn thận và rõ ràng.

Tất cả nhân viên đều phải có trách nhiệm bảo mật thông tin!

Cảm ơn bạn đã tin tưởng.

| | |
|---------------|----------------------------------|
| Họ, tên | Phố, số nhà, mã bưu chính, nơi ở |
| Số điện thoại | Địa chỉ email |
| Ngày sinh | Ngày sinh dự kiến |

| | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Nước xuất xứ của tôi là: _____ | | |
| Tôi nói tiếng Đức. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| (Các) ngôn ngữ của tôi: _____ | | |
| Ai có thể dịch? Tên: _____ Điện thoại: _____ | | |
| Tôi đã rời quê hương được 5 năm rồi. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Từ đâu? _____ | | |
| Tôi sống trong một nơi ở chung/ký túc xá/nơi tạm trú cho người vô gia cư. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Tôi hiện có ____ (số lượng) con sống với tôi. Dưới 5 tuổi là ____ trẻ em (số lượng). | | |
| Các con tôi được chăm sóc khi tôi ở trong bệnh viện. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi sống một mình với con/các con của tôi. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi có người hỗ trợ tại nhà sau khi sinh. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Tôi hút thuốc. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Số liều thuốc mỗi ngày (hiện tại): _____ | | |
| Tôi uống rượu và/hoặc dùng các loại thuốc khác. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Rượu: thường xuyên <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> không bao giờ <input type="checkbox"/> | | |
| Thuốc: thường xuyên <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> không bao giờ <input type="checkbox"/> Loại thuốc nào? _____ | | |
| Tôi bị bệnh liên quan đến thần kinh. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Trầm cảm <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Rối loạn tâm thần <input type="checkbox"/> Rối loạn nhân cách ranh giới <input type="checkbox"/> Rối loạn lo âu <input type="checkbox"/> | | |
| Khác <input type="checkbox"/> : _____ | | |



Bản tự đánh giá bản thân

Đội ngũ hỗ trợ sinh nở Berlin

| | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Tôi cảm thấy đặc biệt căng thẳng. Bởi vì: Xung đột với bạn đời <input type="checkbox"/> vấn đề gia đình <input type="checkbox"/> tình cảm <input type="checkbox"/> | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi có mối lo (ví dụ: thất nghiệp, nợ nần, tình hình nhà ở) | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi quan tâm đến người thân. hàng ngày <input type="checkbox"/> thường xuyên <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi từng phải chịu: Bạo lực <input type="checkbox"/> Trải nghiệm đau thương <input type="checkbox"/> Lạm dụng <input type="checkbox"/> Khi nào? _____ | | |
| Tôi nhận được sự hỗ trợ thiết thực. Thông qua: Văn phòng phúc lợi thanh niên (Hỗ trợ gia đình) <input type="checkbox"/> Chăm sóc pháp lý <input type="checkbox"/> | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi có người hộ sinh. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi có bác sĩ nhi khoa. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |
| Tôi muốn được người hướng dẫn em bé liên hệ trước ngày dự sinh. | có <input type="checkbox"/> | không <input type="checkbox"/> |

Ngày: _____

Chữ kí: _____