

SOSYAL GEÇMİŞ, HAMİLELİK VE TIBBİ GEÇMİŞE İLİŞKİN ANKET

FRAGEBOGEN ZÜR SÖZIALANAMNESE, SCHWANGERSCHAFT UND KRÄNKENGESCHICHTE:

Lütfen almanca cevap yazınız ! (Bitte auf deutsch antworten !)**İsim:**

Name: _____

Soyisim:

Vorname: _____

Doğum tarihi:

Geburtsdatum: _____

Tel.-numerası:

Telefon: _____

Doğum yeri:

Geburtsort: _____

Milliyet:

Nationalität: _____

Evli/ Verheiratet: **Evete** / Ja **Hayır** / Nein**Mesleğiniz?** / Was machen sie beruflich? _____**Refakatçi: İsim/Tel.-numerası:**

Begleitperson: Name/Telefonnummer: _____

HASTALIK HAKKINDA SORULAR / FRAGEN ZUR KRÄNKENGESCHICHTE:

	Evete / Ja	Hayır / Nein
Sigara içiyor musunuz? / Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkol içiyor musunuz? / Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyuşturucu kullanıyor musunuz? / Nehmen Sie Drogen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alerjiniz var mı? Varsa nelerdir? / Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hastalığınız var mı? Varsa nelerdir? / Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor? Wenn ja welche? _____**Hiç ameliyat oldunuz mu? Evete ise, hangi ameliyat yapıldı?**

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, welche Operation wurde durchgeführt? _____

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Eğer öyleyse, hangileri? / Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____**Sizin veya eşinizin ailesinde hiç genetik bozukluğu olan çocuklar doğdu mu?** / Sind in Ihrer Familie oder der Ihres Partners jemals Kinder mit Fehlbildungen oder Chromosomenstörungen zur Welt gekommen? _____**BU GEBELİK HAKKINDA BİLGİLER** / ANGABEN ZU DIESER SCHWANGERSCHAFT**Kısırlık tedavisi gördünüz mü?**

Wurde bei Ihnen eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

 Evete / Ja **Hayır** / Nein**Evete ise:**

Falls JA:

 Hormontedavisi

Hormonbehandlung

 Tohumlama

Insemination

 Tüp bebek

IVF

 ICSI (mikro enjeksiyon)

ICSI

Bu hamileliğinizde genetik test yaptırınız mı? /

Hatten sie in dieser Schwangerschaft eine genetische Untersuchung?

 Amniyosentez

Fruchtwasserpunktion

 Koriyon villus örneklemesi

Chorionzottenbiopsie

 PRENA testi

PRAENA-Test



Şimdiye kadar hamilelik sürecinde herhangi bir anormallik var mıydı? Eğer öyleyse, hangileri? / Gab es Auffälligkeiten im bisherigen Schwangerschaftsverlauf? Wenn ja, welche?

Önceki ultrason muayeneleriniz nerede yapıldı? / Wo wurden die bisherigen Ultraschalluntersuchungen durchgeführt?

ÖNCEKİ GEBELİKLER (doğumlar, düşükler, kürtajlar, özel durumlar)/

FRÜHERE SCHWANGERSCHAFTEN (Geburten, Fehlgeburten, Abbrüche, Besonderheiten):

kız/erkek w/m	hafta SSW	Doğum şekli/-yılı Entbindungsmodus/-jahr	Kilosu Gewicht	Gebelikte sorunlar Komplikationen SS	Doğumda komplikasyon Komplikationen Geburt	Sağlıklı mı? gesund?