



Selbstauskunftsbogen Babytse

استمارة التقييم الذاتي لمرافقة الاطفال



نرغب في مرافقتكم ودعمكم وذلك خلال فترة الولادة لذلك نرجو منكم اجابة دقيقة ومفهومة للاسئلة التالية.

جميع العاملين معنا يخضعون لحمايه سرية المعلومات الخاصة بك!

شكرا لكم على ثقتكم بنا.

Name: _____ اسم العائلة:

Vorname: _____ الاسم:

Geburtsdatum: _____ تاريخ الميلاد:

Herkunftsland: _____ البلد الأصل:

Adresse: _____ العنوان:

Telefon: _____ التلفون:

Errechnerter Entbindungstermin: _____ موعد الولادة المتوقع:

Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft? هل تعيش في هذه الفترة مع الشريك ?

ja نعم nein لا

Wie viele Kinder leben aktuell bei Ihnen? _____ كم طفل يعيش معك في الوقت الحالي ?

Alter der Kinder: _____ ما هي اعمار الاطفال

Sprechen Sie deutsch? هل تتكلم اللغة الالمانية?

ja, gut نعم بشكل جيد ja, wenig نعم قليلا nein لا

Wer kann übersetzen? هل هناك من يترجم لك

Name: _____ الاسم:

Telefon: _____ التلفون:-

Sind Sie geflüchtet? هل انت لاجئ? ja نعم nein لا

Wo leben Sie?

Eigene Wohnung خاص في منزل

اين تعيش ?

Flüchtlingsunterkunft/Hostel/

سكن خاص باللاجئين/نزل اللاجئين Heim für Wohnungslose

Bitte wenden

Waren Sie in dieser Schwangerschaft berufstätig? ja نعم nein لا
هل كان لديك عمل خلال فترة الحمل?

Beziehen Sie Leistungen über das Job Center? ja نعم nein لا
هل تحصلين على مساعدات من الجوب سنتر

Schwangerschaften insgesamt: _____ ما هي مدة الحمل الاجمالية

Schwierigkeiten/Komplikationen bei vorangegangenen: Schwangerschaft(en)
خلال فترة الحمل

هل كان لديك مشاكل او تعقيدات في المرات السابقة:
 Geburten
خلال الولادة
 nein لا

Haben Sie eine Hebamme? ja نعم nein لا
هل لديك قابلة?

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? ja نعم nein لا
هل تناولت المشروبات الكحولية اثناء فترة الحمل

Haben Sie während der Schwangerschaft Drogen genommen? ja نعم nein لا
هل تعاطيت المخدرات اثناء فترة الحمل

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? ja نعم nein لا
كم سيجارة في اليوم Zig./Tag _____ هل كنت تدخين اثناء فترة الحمل

Gibt es soziale / finanzielle Belastungen (Arbeitslosigkeit, Finanzen, Wohnsituation, Integration)?
هل لديك صعوبات اجتماعية او مادية (بطالة عمل او تمويل مادي او في مجال السكن او اية صعوبات في الاندماج)
 ja نعم nein لا

Fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet? ja نعم nein لا
هل تشعرين حاليا بالضغط النفسي?

Gibt es psychische (Vor-) Erkrankungen? nein لا
هل لديك في الوقت الحالي او سابقا ايه امراض نفسية?

Depression اكتئاب ja نعم Manien هوس

Psychose ذهان Borderline الاضرابات الشخصية الحادة

Angstkrankungen اضرابات الخوف Sonstige اشياء اخرى

Waren oder sind Sie in psychologischer
oder psychiatrischer Behandlung?

هل خضعت حاليا او في وقت سابق للعلاج ال؟

nein لا ja, wann متى نعم: _____

Nehmen Sie deshalb Medikamente?

هل تتناول الادويه لهذا السبب؟

nein لا ja نعم seit wann: متى _____

Waren oder sind Sie betroffen von:

Gewalt العنف Missbrauch الاساءة

هل تعرضت حاليا او في السابق ل:

traumatischen Erfahrungen تجارب حزينة
صادمة

Wenn ja, wann متى نعم الجواب:

_____ nein لا

Sind Sie oder Ihr/e Kind/er
von einer schweren Erkrankung/
Behinderung betroffen?

nein لا ja نعم

هل تعاني انت او احد اطفالك من امراض مستعصيه او اية اعاقات؟

Pflegen Sie Angehörige?

هل تتلقى خدمات التمريض من المقربين؟

nein لا ja نعم

Gab oder gibt es Unterstützung durch:

هل تلقيت المساعدات حاليا او في السابق من :

gesetzliche/n Betreuer/in مشرف قانوني

betreutes Wohnen/Mutter-Kind-Einrichtung مرافق الام والطفل /مشرف منزلي

Jugendamt مكتب الرعاية للاطفال والشباب

nein لا

Berlin, den تاريخ برلين _____

Unterschrift توقيع _____