**T1 & T2 Fragebogen:** Guten Morgen, während Sie warten beantworten Sie uns bitte ein paar Fragen, so gut Sie können.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wann ist der errechnete Geburtstermin ihres Kindes? | | | \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Hatten Sie in dieser Praxis eine Schulung oder Vorbereitung auf diese Schwangerschaft? | | | Ja ❑ | Nein ❑ Keine | | | | | Angabe ❑ |
| In welchem Jahr wurde bei Ihnen Diabetes mellitus diagnostiziert? | | |  |  | | | | |  |
| Bitte nennen Sie Ihre Größe & Gewicht VOR der Schwangerschaft: | | | cm | | | | | kg | |
| Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? | | | Die \_\_\_\_\_\_\_ Schwangerschaft. | | | | | | |
| Wie viele Kinder haben Sie? | | | Anzahl: | | | | | | |
| Wenn Sie bereits Kinder haben: | | |  | | | | | | |
| * Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?   Bei JA, welche: | | | Ja ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Rauchen Sie? | Ja ❑ Zigaretten pro Tag: | | ❑ Ex-Raucher seit: | | | | | Nein ❑ | |
| Welche ist Ihre Muttersprache? | | |  | | | | |  | |
| Wie sind Ihrer Sprachkenntnisse in Deutsch? | | | Benötigen Sie einen Dolmetscher ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Erwarten Sie Mehrlinge (z.B. Zwillinge, Drillinge etc.)? | | | Ja ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Wurden Sie VOR Ihrer Schwangerschaft mit Insulin therapiert: | | | Insulininjektionen ❑  Insulinpumpe ❑  Dauerglukosemessung ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Diabetesmedikation VOR der Schwangerschaft? | | | CGM oder FGM (FreeStyle Libre) ❑  Metformin ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| * sowie andere Medikation VOR der Schwangerschaft? | | Folsäure ❑  Hochdruckmedikation ❑  Thyroxin ❑  Sonstige: | | | | | | Nein ❑ | |
| Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen oder andere Krankheiten bzw.  gesundheitliche Probleme bekannt? | | | | | | | Ja ❑ | Nein ❑ | |
| Bei JA, welche: | | | | | | | | | |
| Nehmen Sie aktuell Medikamente und/oder Vitamine ein? | | | Ja ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Bei JA, welche: | | |  | | | | | | |
| In welcher Klinik werden Sie entbinden? | | | noch nicht entschieden ❑ | | | | | | |
| Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin? Und wer Ihr | | | Frauenarzt/-ärztin? | | | | | | |
| Wie oft in der Woche machen Sie Sport? | | | An \_\_\_\_ Tag/en in der Woche | | | | | | |
| Sind Sie zurzeit berufstätig? | | | Ja ❑ | | | | | Nein ❑ | |
| Sie sind erreichbar unter der Telefonnummer: | | | Mobil: | | |  | |  | |
| *VON DER PRAXIS ZU MESSEN & AUSZUFÜLLEN:* | | | | | | | | | |
| *Wann war in dieser Praxis Ihr 1. Termin in der aktuellen Schwangerschaft?* | | | | | *Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | |
| *Wie war Ihr letzter HbA1c-Wert VOR der Schwangerschaft?* | | | | | *\_\_\_\_ , \_\_\_\_ %* | | | | |
| *Wie war der HbA1c-Wert bei Ihrem 1. Termin in der aktuellen Schwangerschaft?* | | | | | *\_\_\_\_ , \_\_\_\_ %* | | | | |
| *Gewicht bei dem 1. Termin in der jetzigen Schwangerschaft:* | | | *kg* | | | | | | |
| *Aktueller Blutdruck:* | | | | | | | | | |