**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:* |