**Fragebogen für die Typ-1 oder Typ-2 Diabetikerinnen nach der Entbindung:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wer ist Ihr Hausarzt? Wer Ihr | Frauenarzt? | | | | | |
| Haben Sie Ihren Entbindungsbericht, den Mutterpass  oder das gelbe Kinderheft dabei? | Nein ❑ | | | Ja ❑ | | |
| Wann haben Sie entbunden? | *Datum (TT/MM/JJ)* \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Ist Ihr Kind gesund? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| Wurde die Entbindung eingeleitet? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| War eine normale vaginale Entbindung möglich? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| * War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| * War ein Kaiserschnitt nötig? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| Bei JA, weshalb: |  | | | |  | |
| Gab es Komplikationen bei Ihnen durch die Entbindung? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| Wenn JA, welche: |  | | | |  | |
| Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme o. Fehlbildungen? | Nein ❑ | | | | Ja ❑ | |
| Wenn JA, welche: |  | | | |  | |
| Musste Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt werden? | Nein ❑ | Ja ❑ | Für wie viele Tage: | | | |
| Wenn JA, warum: |  | | | |  | |
| Ist es ein…? | Mädchen ❑ ODER | | | | Junge ❑ | |
| Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? |  | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm | |
| Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? |  | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ g | |
| Wissen Sie, welchen Apgar Score Ihr Kind nach der Entbindung hatte? (3 Zahlen hintereinander im Punktesystem zwischen 0 -10) | 1.) Score: \_\_\_\_\_ | 2.) Score: \_\_\_\_\_ | | | | 3.) Score: \_\_\_\_\_ |
| Wissen Sie, welcher pH-Wert im Nabelschnurblut gemessen wurde? | Nein ❑ | | | Ja ❑, pH: \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Wie viel wiegen Sie jetzt? |  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg | | |
| Stillen Sie? | Nein ❑ | | | Ja ❑ | | |
| Nein ❑ habe abgestillt | | | Ja ❑ füttere zu | | |
| Leiden Sie derzeit noch unter Beschwerden durch die Geburt? | Nein ❑ | | | Ja ❑ | | |
| Wenn JA, welche: |  | | |  | | |
| Wie viel Insulin spritzen Sie zurzeit pro Tag? – Einheit pro Tag: | Insulin 1:  Insulin 2: | | | Keine ❑ | | |
| Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit: |  | | | Keine ❑ | | |
| Haben Sie Wünsche oder Anmerkungen für die Besprechung? |  | | |  | | |

Befindlichkeitsbogen (EPDS)

So fühlte ich mich während der letzten Woche:

(Scores in Klammer)

**1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:**

Genauso oft wie früher ☐n 0

Nicht ganz so oft wie früher ☐n 1

Eher weniger als früher n ☐n 2

Überhaupt nie n ☐n 3

**2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:**

So oft wie früher n ☐n 0

Eher weniger als früher ☐n 1

Viel seltener als früher n ☐n 2

Fast gar nicht n ☐n 3

**3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:**

Ja, sehr oft ☐n 3

Ja, manchmal ☐n 2

Nicht sehr oft ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:**

Nein, nie ☐n 0

Ganz selten n ☐n 1

Ja, manchmal n ☐n 2

Ja, sehr oft ☐n 3

**5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:**

Ja, ziemlich oft n ☐n 3

Ja, manchmal n ☐n 2

Nein, fast nie n ☐n 1

Nein, überhaupt nie n ☐n 0

**6. Mir ist alles zu viel geworden:**

Ja, ich wusste mir überhaupt nicht   
mehr zu helfen n ☐n 3

Ja, ich wusste mir manchmal   
überhaupt nicht mehr zu helfen ☐n 2

Nein, ich wusste mir meistens   
zu helfen ☐n 1

Nein, ich konnte alles so gut wie   
immer bewältigen n ☐n 0

**7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:**

Ja, fast immer n ☐n 3

Ja, manchmal ☐n 2

Nein, nicht sehr oft n ☐n 1

Nein, nie ☐n 0

**8. Ich war traurig und fühlte mich elend:**

Ja, sehr oft ☐n 3

Ja, ziemlich oft n ☐n 2

Nein, nicht sehr oft n ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:**

Ja, sehr oft n ☐n 3

Ja, ziemlich oft n ☐n 2

Nur manchmal n ☐n 1

Nein, nie ☐n 0

**10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:**

Ja, oft n ☐n 3

Manchmal n ☐n 2

Selten ☐n 1

Nein, nie n ☐n 0

**Gesamtscore: \_\_\_\_\_\_\_**

0 - 9 ☐

10 - 12 ☐

>12 ☐