**Fragebogen für Frauen, die Schwangerschaftsdiabetes hatten**

Bitte beantworten Sie uns ein paar Fragen, so gut Sie können.

Haben Sie Ihren Entbindungsbericht, den Mutterpass und/oder das gelbe Kinderheft dabei?  Nein  Ja

Wann haben Sie entbunden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In welcher Klinik haben Sie entbunden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde die Entbindung eingeleitet?  Nein  Ja

War eine vaginale Entbindung möglich?  Nein  Ja

War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig?  Nein  Ja

War ein Kaiserschnitt nötig?  Nein  Ja, weshalb? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Entbindung?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

Keine

Schulterdystokie

Unterzuckerung

sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Fehlbildungen?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt?  Nein  Ja, warum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist es ein  Mädchen  Junge  divers

Wie groß und wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g

Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Entbindung? Apgar nach 1 Minute \_\_\_\_\_\_\_\_

Apgar nach 5 Minuten \_\_\_\_\_\_\_\_

Apgar nach 10 Minuten \_\_\_\_\_\_\_\_

Welcher ph-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stillen Sie?  Ja  Ja und füttere zu

Nein  Nein, habe schon abgestillt

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 ☐

**Von der Praxis zu messen und auszufüllen – nach GDM:**

Patienten-ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes Screening:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewicht der Mutter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

HbA1c: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

Nüchtern-Glukose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/dl

OGTT-Glukose nach 120 min: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/dl

Postpartale Nachsorge:

* bei welchem Arzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nach wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_