**T1 & T2 Fragebogen:** Bitte beantworten Sie uns während Sie warten 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?  Nein  Ja

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?  Nein  Ex-Raucherin seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ja, \_\_\_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Welche ist Ihre Muttersprache? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benötigen Sie einen Dolmetscher?  Nein  Ja

Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)?  Nein  Ja

Therapie **VOR** der Schwangerschaft?

Folsäure  Bluthochdruckmedikamente

Metformin  Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente)

Insulintherapie:  Insulininjektion

Insulinpumpe

CGM/FDM (Freestyle Libre, Dexcom, Enlite, etc.)

sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen oder andere Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme bekannt?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viel Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls Sie bereits Kinder haben:

* Geburtsgewicht schwerstes Kind? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind entbunden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Präeklampsie?  Nein  Ja

In welcher Klinik werden Sie entbinden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  noch nicht entschieden

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An \_\_\_\_\_\_ Tag/en in der Woche

Sind Sie zurzeit berufstätig?  Nein  Ja

Unter welcher Nummer können wir Sie erreichen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Von der Praxis zu messen und auszufüllen - T1 & T2 Fragebogen:**

Patienten ID

1. Termin in dieser Praxis in dieser Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letzter HbA1c vor der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

TIR bei Erstvorstellung in aktueller Schwangerschaft?

* Bevorzugt: 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %
* Ersatzweise: 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %