

Datum \_\_\_\_\_

**GDM-Fragebogen:** Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

**Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?** \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen bereits ein 50g oGTT (kleiner Zuckertest) oder/und 75g oGTT (großer Zuckertest mit 3 Werten) durchgeführt**  Nein

Ja, 50g oGTT: \_\_\_\_\_

Ja, 75g oGTT: nüchtern \_\_\_\_\_, nach 60min \_\_\_\_\_, nach 120min \_\_\_\_\_

**Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?** \_\_\_\_\_

**Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?**

Diabetologische Schwerpunktpraxis  Frauenarzt  Hausarzt  Klinik

**Ihre Körpergröße?** \_\_\_\_\_ cm

**Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ kg

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

**Welche ist Ihre Muttersprache?**  Deutsch  Albanisch  Arabisch  Bulgarisch

Chinesisch  Englisch  Französisch  Griechisch  Italienisch  Kurdisch

Polnisch  Portugiesisch  Rumänisch  Russisch  Spanisch  Türkisch

Sonstige \_\_\_\_\_

**Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?**  Ausreichend  Dolmetscher erforderlich

**Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor?**  Nein  Ja

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

**Wie viele Kinder haben Sie geboren?** \_\_\_\_\_

• Geburtsgewicht des schwersten Kindes? \_\_\_\_\_ g

• Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes?  Nein  Ja

• Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)?  Nein  Ja

• Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

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

**Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft?**  Nein  Ja

**Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?**  Nein  Ja

**Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen?**  Nein  Ja

**Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet?**  Nein  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck?**  Nein  Ja

**Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen?**  Nein  Ja, welche:  
 Magenband  Schlauchmagen  Magenbypass  weiß nicht  andere \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein?**  Nein  Ja, welche:  
\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt?**  Nein  Ja, welche:  
\_\_\_\_\_

**In welcher Klinik werden Sie gebären?** \_\_\_\_\_

**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 Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?** \_\_\_\_\_

### ***Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:***

*Patienten ID:* \_\_\_\_\_

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

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