Patientendaten

Praxiskopf oder Stempel

Datum_____

GDM questionnaire:

While you wait, please answer a few questions as best you can.

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

When is your child's due date? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Have you already had a 50g oGTT (small sugar test) and/or a 75g oGTT (large sugar test with 3 values)?

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

☐ No

Nein

☐ Yes, 50g oGTT: _____

Ja, 50g oGTT

☐ Yes, 75g oGTT: fasting _____, after 60 minutes _____, after 120 minutes _____

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

When was the 75g oGT performed? _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Where was the 75g oGTT carried out? _____

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

☐ Diabetes specialist practice ☐ Gynecologist ☐ Family doctor ☐ Clinic

Diabetologische Schwerpunktpraxis Frauenarzt Hausarzt Klinik

Your height? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Your weight BEFORE pregnancy? _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Do you smoke? ☐ No ☐ Ex-smoker since: _____ ☐ Yes, how many cigarettes per day?

Rauchen Sie? Nein Ex-Raucherin seit Ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

What is your native language? ☐ German ☐ Albanian ☐ Arabic ☐ Bulgarian

Welche ist Ihre Muttersprache? Deutsch Albanisch Arabisch Bulgarisch

☐ Chinese ☐ English ☐ French ☐ Greek ☐ Italian ☐ Kurdish

Chinesisch Englisch Französisch Griechisch Italienisch Kurdisch

☐ Polish ☐ Portuguese ☐ Romanian ☐ Russian ☐ Spanish ☐ Turkish

Polnisch Portugiesisch Rumänisch Russisch Spanisch Türkisch

☐ Other_____

Sonstige

How good are your German language skills? ☐ Sufficient ☐ Interpreter required

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend, Dolmetscher erforderlich

Do any of your parents, siblings or children have diabetes? ☐ No ☐ Yes

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

How many pregnancies is this for you? _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

How many children have you given birth to? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Birth weight of your heaviest child? _____ g
  Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g
- Have you ever had gestational diabetes? ☐ No ☐ Yes
  Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- Have you had pregnancy poisoning (preeclampsia) in previous pregnancies? ☐ No ☐ Yes
  Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- Does one of your children have health problems? ☐ No ☐ Yes, which ones:
  Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche

_____

Are you expecting multiples (twins, triplets, etc.)? ☐ No ☐ Yes
Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)? Nein Ja

Have you had fertility treatment? ☐ No ☐ Yes
Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Did you take folic acid BEFORE pregnancy? ☐ No ☐ Yes
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Did you take metformin BEFORE pregnancy? ☐ No ☐ Yes
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Have you used a weight loss injection? ☐ No ☐ Yes, when was the last time? _____(date)
Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet? Nein Ja, wann zuletzt? (Datum)

Did you have high blood pressure BEFORE pregnancy? ☐ No ☐ Yes
Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Have you had an operation on your stomach because you were overweight? ☐ No ☐ Yes, which:
Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein Ja, welche:

☐ Gastric band ☐ Sleeve gastrectomy ☐ Gastric bypass ☐ Don't know ☐ Other
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht, andere

_____

Are you taking medication and/or vitamins? ☐ No ☐ Yes, which:
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein? Nein Ja, welche:

_____

Do you have any other known illnesses or health problems? ☐ No ☐ Yes, which:
Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt? Nein Ja, welche:

_____

In which clinic will you give birth? _____
In welcher Klinik werden Sie gebären?

Who is your family doctor? _____
Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Who is your gynecologist? _____
Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

How often do you exercise per week? On _____ days per week
Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An ___Tag/en in der Woche

Are you currently employed? ☐ No ☐ Yes
Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

What telephone number can we reach you on? _____
Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

To be measured and completed in practice - GDM questionnaire:
Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

Patienten ID: _____
HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %
Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg