

Datum \_\_\_\_\_

### Ankieta GDM (cukrzyca ciążowa):

Podczas oczekiwania prosimy odpowiedzieć na kilka pytań najlepiej jak potrafimy.

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

Kiedy przypada termin porodu Pani dziecka? \_\_\_\_\_

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Czy wykonała Pani już 50 g OGTT (t mały test obciążenia glukozą) i/lub 75 g OGTT (duży test obciążenia glukozą z 3 pobraniami krwi)?

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

nie

Nein

tak, 50 g OGTT: \_\_\_\_\_

Ja, 50g oGTT

tak, 75g OGTT: na czczo \_\_\_\_\_, po 60min \_\_\_\_\_, po 120min \_\_\_\_\_

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

Kiedy wykonano OGTT 75 g? \_\_\_\_\_

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Gdzie przeprowadzono badanie OGTT 75 g?

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

praktyka diabetologiczna                    Ginekolog                    Lekarz rodzinny                    szpital

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Frauenarzt

Hausarzt

Klinik

Ile Pani ma wzrostu PRZED ciążą? \_\_\_\_\_ cm

Ihre Körpergröße? in cm

cmIle ważyła Pani PRZED ciążą? \_\_\_\_\_ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? in kg

Czy pali Panit papierosy?  nie  wcześniej paliłam, ale nie palę od: \_\_\_\_\_  tak, ile papierosów dziennie?

Rauchen Sie?

Nein

Ex-Raucherin seit

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Który język jest Pani językiem ojczystym?                    niemiecki                    albański                    arabski                    bułgarski

Welche ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Bulgarisch

chiński                    angielski                    prancuski                    grecki                    włoski                    kurdyjski

Chinesisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Kurdisch

polski                    portugalski                    rumuński                    rosyjski                    hiszpański                    turecki

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Spanisch

Türkisch

Inny \_\_\_\_\_

Sonstige

Jak wygląda Pani znajomość języka niemieckiego?                    dobra                    wymagany tłumacz

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend,

Dolmetscher erforderlich

Czy Pani rodzice, rodzeństwo lub dzieci chorują na cukrzycę?                    nie                    tak

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

Nein

Ja

W której jest Pani ciąży? \_\_\_\_\_

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Ile razy Pani rodziła? \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- waga urodzeniowa najcięższego dziecka? \_\_\_\_\_ g  
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g
- Czy kiedykolwiek chorowała Pani na cukrzycę ciążową?  nie  tak  
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- Czy w poprzednich ciążach występował u Pani stan przedrzucawkowy?  nie  tak  
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein, Ja
- Czy któreś z Pani dzieci ma problemy zdrowotne?  nie  tak, które dziecko i jakie:  
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche

Czy ma Pani ciążę mnogą (bliźni, trójczków itp.)?  nie  tak

Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)?

Nein Ja

Czy leczyła się na niepłodność?  nie  tak

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Czy brała Pani kwas foliowy PRZED ciążą?  nie  tak

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?

Nein Ja

Czy brała Pani metforminę PRZED ciążą?  nie  tak

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen?

Nein Ja

Czy brała Pani zastrzyk na odchudzanie?  nie  tak, do kiedy? \_\_\_\_\_ (data)

Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet?

Nein Ja, wann zuletzt? (Datum)

Czy miała Pani nadciśnienie PRZED ciążą?  nie  tak

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck?

Nein Ja

Czy miała Pani operację żołądka z powodu otyłości?  nie  tak, jaką:

Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen?

Nein Ja, welche:

opaska żołądkowa  rękawowa resekcja żołądka  bypass żołądka  nie wiem  inne  
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere:

Czy bierzesz leki i/lub witaminy?  Nie  Tak, które: \_\_\_\_\_

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

Czy wiesz o innych chorobach lub problemach zdrowotnych?  Nie  Tak, które: \_\_\_\_\_

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

W której klinice będziesz rodzić? \_\_\_\_\_

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Kto jest Twoim lekarzem rodzinnym? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Kto jest Twoim ginekologiem? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Jak często w tygodniu ćwiczysz? W \_\_\_\_\_ dniach w tygodniu

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

Czy obecnie pracujesz?  Nie  Tak

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Pod jakim numerem telefonu możemy się z Tobą skontaktować? \_\_\_\_\_

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie erreichen?

**Do zmierzenia i wypełnienia w praktyce - ankieta GDM:**

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

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

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

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