

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

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Ginekolog

Frauenarzt

Lekarz rodzinny

Hausarzt

szpital

Klinik

Ile Pani ma wzrostu PRZED ciążą? _____ cm

Ihre Körpergröße?

cmIle ważyła Pani PRZED ciążą? _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? 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?

Welche ist Ihre Muttersprache?

niemiecki

Deutsch

albański

Albanisch

arabski

Arabisch

bułgarski

Bulgarisch

chiński

Chinesisch

angielski

Englisch

prancuski

Französisch

grecki

Griechisch

włoski

Italienisch

kurdyjski

Kurdisch

polski

Polnisch

portugalski

Portugiesisch

rumuński

Rumänisch

rosyjski

Russisch

hiszpański

Spanisch

turecki

Türkisch

Inny _____

Sonstige

Jak wygląda Pani znajomość języka niemieckiego?

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

dobra

Ausreichend,

wymagany tłumacz

Dolmetscher erforderlich

Czy Pani rodzice, rodzeństwo lub dzieci chorują na cukrzycę?

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

nie

Nein

tak

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 ktoś 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