

Datum _____

GDM Anketi: Lütfen beklerken birkaç soruyu elinizden geldiğince yanıtlayınız.

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

Bebeğinizin beklenen doğum tarihi nedir? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Daha önce sizde 50g oGTT (küçük şeker yükleme testi) ve/veya 75g oGTT (3 kez kan şekeri ölçülen büyük şeker yükleme testi) yapıldı mı?

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

 Hayır

Nein

 Evet, 50 g oGTT: _____

Ja, 50g oGTT

 Evet, 75g oGTT: açlık _____, 60 dakika sonra _____, 120 dakika sonra _____

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

75g oGTT nerede uygulandı?

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

 Diyabet merkezi

Diabetologische Schwerpunktpraxis

 Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı

Frauenarzt

 Aile hekimi

Hausarzt

 Hastane/Klinik

Klinik

75g oGTT ne zaman uygulandı? _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Boyunuz kaç santimetre? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Hamilelikten önceki kilonuzu yazar mısınız? _____ kilogram

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Sigara kullanıyor musunuz?

Rauchen Sie?

 Hayır

Nein

 Hayır, bıraktım. Ne kadar süre önce bıraktınız? _____

Ex-Raucherin seit:

 Evet, günde ortalama: _____ adet

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Anadiliniz nedir?

Welche ist Ihre Muttersprache?

 Almanca

Deutsch

 Arnavut

Albanisch

 Arapça

Arabisch

 Çince

Chinesisch

 Bulgarca

Bulgarisch

 İngilizce

Englisch

 Fransızca

Französisch

 Yunanca

Griechisch

 İtalyanca

Italienisch

 Kürtçe

Kurdisch

 Lehçe

Polnisch

 Portekizce

Portugiesisch

 Rumence

Rumänisch

 Rusça

Russisch

 İspanyolca

Spanisch

 Türkçe

Türkisch

 Diğer _____

Sonstige

Almanca dil seviyeniz nedir?

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

 Yeterli

Ausreichend

 tercüman gerekli

Dolmetscher erforderlich

Ebeveynlerinizde, kardeşlerinizde veya çocuklarınızda diyabet (şeker hastalığı) olan biri var mı?

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

Nein

Ja

 Hayır Evet

Bu sizin kaçınıcı hamileliğiniz? _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Kaç çocuğunuz var? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Doğumda en ağır bebeğiniz kaç kiloydu? _____ g
Geburtsgewicht des schwersten Kindes?
- Hiç gebelik diyabeti geçirdiniz mi? Hayır Evet
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- Önceki hamileliklerinizde gebelik zehirlenmesi (preeklampsi) geçirdiniz mi? Hayır Evet
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- Çocuklarınızdan herhangi birinin sağlık sorunu var mı? Hayır Evet, hangileri: _____
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche:

Çoğul gebelik bekliyor musunuz (ikiz, üçüz vb.)? Hayır Evet

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

Doğurganlık tedavisi gördünüz mü? Hayır Evet

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Hamilelik öncesi folik asit kullandınız mı? Hayır Evet

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Hamilelik öncesi metformin kullandınız mı? Hayır Evet

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Hiç zayıflama iğnesi kullandınız mı? Hayır Evet, en son ne zaman kullandınız? _____ (tarih)

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

Hamilelik öncesinde yüksek tansiyonunuz var mıydı? Hayır Evet

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Obezite nedeniyle mide ameliyatı oldunuz mu? Hayır Evet, hangisi:

Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein Ja, welche:

Mide bandı Tüp mide Gastrik bypass Bilmiyorum Diğer _____
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Herhangi bir ilaç ya da vitamin kullanıyor musunuz? Hayır Evet, hangileri:

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

Bilinen başka bir hastalığınız veya sağlık sorununuz var mı? Hayır Evet, hangileri:

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

Doğumunuzu hangi klinikte yapacaksınız? _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Aile doktorunuz kim? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Kadın ve doğum uzmanınız kim? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz? Haftada _____ gün/günlerde

Wie oft in der Woche machen Sie Sport?

An ___ Tag/en in der Woche

Şu anda çalışıyor musunuz? Hayır Evet

Sind Sie zurzeit berufstätig?

Nein

Ja

Size hangi telefon numarasından ulaşabiliriz? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Pratikte ölçülecek ve doldurulacak - GDM anketi:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

Patienten ID: _____

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg