

Datum _____

Fragebogen für Frauen, die Schwangerschaftsdiabetes hatten

Bitte beantworten Sie uns ein paar Fragen, so gut Sie können.

Haben Sie den Entbindungsbericht, den Mutterpass und/oder das gelbe Kinderheft dabei? Nein Ja**Wann haben Sie geboren?** _____**In welcher Klinik haben Sie geboren?** _____**Wurde die Geburt eingeleitet?** Nein Ja**War eine normale vaginale Geburt möglich?** Nein Ja**War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig?** Nein Ja**War ein Kaiserschnitt nötig?** Nein Ja, weshalb:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Geschätztes Gewicht des Kindes über 4000g |
| <input type="checkbox"/> Geburtsstillstand | <input type="checkbox"/> Frustrane Einleitung |
| <input type="checkbox"/> Wunsch Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Komplikationen bei der Mutter |
| <input type="checkbox"/> Erneuter Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Komplikationen beim Kind |
| <input type="checkbox"/> Ungünstige Lage des Kindes im Becken | <input type="checkbox"/> Mehrlinge |
| <input type="checkbox"/> veränderte Herztöne beim Kind | |
| <input type="checkbox"/> Mir ist kein Grund bekannt | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Geburt? Nein Ja, welche:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) <10g/dl | <input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose |
| <input type="checkbox"/> Blutung >1000ml | <input type="checkbox"/> Dammriss Grad 3-4 |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> HELLP-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterriss (Uterusruptur) | <input type="checkbox"/> Gebärmutteroperation (Hysterektomie) |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Komplikationen | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie) |
| <input type="checkbox"/> Schwere Schwangerschaftsvergiftung (Eklampsie) | |
| <input type="checkbox"/> Blutvergiftung (Sepsis) | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung/-infektion |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

- Keine
- Schulterdystokie
- Unterzuckerung, wenn ja: benötigte Ihr Kind eine Infusion mit Glukose/Zucker? Nein Ja
- Atemprobleme
- Sonstige: _____

Hat Ihr Kind Fehlbildungen? Nein Ja, welche: _____**Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt?** Nein Ja, warum: _____

Ist es ein Mädchen Junge unbestimmt

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? _____ cm

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? _____ g

Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Geburt?

- Apgar nach 1 Minute _____
- Apgar nach 5 Minuten _____
- Apgar nach 10 Minuten _____

Welcher pH-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen? _____ weiß nicht

Stillen Sie? Ja, ich stille voll Nein, ich habe schon abgestillt
 Ja, ich stille und füttere zu Nein, ich habe nicht gestillt

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt? Nein Ja, welche:

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin? _____

Von der Praxis zu messen und auszufüllen – nach GDM:

Patienten-ID: _____

Diabetes Screening:

- Datum: _____
- Gewicht der Mutter: _____ kg
- HbA1c: _____ %
- Nüchtern-Glukose: _____ mg/dl
- OGTT-Glukose nach 120 min: _____ mg/dl

Postpartale Nachsorge:

- bei welchem Arzt _____
- nach wie vielen Jahren? _____