

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: Diabetes Geschätztes Gewicht des Kindes über 4000g Geburtsstillstand Frustrane Einleitung Wunsch Kaiserschnitt Komplikationen bei der Mutter Erneuter Kaiserschnitt Komplikationen beim Kind Ungünstige Lage des Kindes im Becken  Mehrlinge veränderte Herztöne beim Kind Mir ist kein Grund bekannt Sonstige \_\_\_\_\_**Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Geburt?**  Nein  Ja, welche: Blutarmut (Anämie) <10g/dl Beinvenenthrombose Blutung >1000ml Dammriss Grad 3-4 Fieber HELLP-Syndrom Gebärmutterriss (Uterusruptur) Gebärmutteroperation (Hysterektomie) Herz-Kreislauf-Komplikationen Lungenembolie Lungenentzündung (Pneumonie) Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie) Schwere Schwangerschaftsvergiftung (Eklampsie) Blutvergiftung (Sepsis) Wundheilungsstörung/-infektion Sonstige \_\_\_\_\_**Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?** Keine Schulterdystokie (Geburtsstillstand der Schulter) 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? \_\_\_\_\_