

Datum _____

Ankieta T1 i T2: Podczas oczekiwania prosimy o wypełnienie ankiety.

T1 & T2 Fragebogen: Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

Jaki ma Pani typ cukrzycy ? cukrzyca typu 1 cukrzyca typu 2

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ 1 Diabetes, Typ 2 Diabetes

Kiedy przypada termin porodu Pani dziecka? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Czy odbyła Pani w tej praktyce szkolenie w związku z cukrzycą lub przygotowaniem do ciąży? nie tak

Hatten Sie in dieser Praxis eine Schulung oder Vorbereitung auf diese Schwangerschaft?
Ja

Nein

W którym roku zdiagnozowano u Pani cukrzycę? _____

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

Ile Pani ma wzrostu PRZED ciążą? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

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

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

- **W którym tygodniu ciąży urodziło się Pani najcięższe dziecko?**

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?

- **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

Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?

Nein

tak, które dziecko i jakie:

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

Terapia PRZED ciążą?

Therapie VOR der Schwangerschaft?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> kwas foliowy
Folsäure | <input type="checkbox"/> leki na nadciśnienie
Bluthochdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> tyroksyna (lek na tarczycę)
Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente) |
| <input type="checkbox"/> metformina
Metformin | <input type="checkbox"/> akarboza
Acarbose | <input type="checkbox"/> DPP4
DPP4 |
| <input type="checkbox"/> glinide
Glinide | <input type="checkbox"/> SGLT2
SGLT2 | <input type="checkbox"/> pochodne sulfonilomocznika
Sulfonylharnstoff |
- inne leki? _____
sonstige Medikamente?
- zastrzyki na odchudzanie (np. Ozempic, Mounjaro): kiedy ostatnio? ____ . ____ . ____ (data)
Inkretine/Abnehmspritze (z.B. Ozempic, Mounjaro): wann zuletzt? (Datum)
- CGM/FGM/ciągły monitoring glikemii np. z: Freestyle Libre, Dexcom
CGM/FGM/Dauerglukosemessung mit z.B. Freestyle Libre, Dexcom
- Insuliną: Insulina w zastrzykach
Insulintherapie: Insulininjektion
- pompa insulinowa – jaka? _____
Insulinpumpe, welche?
- system AID (automatyczne dozowanie insuliny) – jaki? _____
AID-System (Automatische Insulin-Dosierung), welches?

Czy ma Pani powikłania cukrzycowe?

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

- nie tak, jakie:
Nein Ja, welche:
- powikłania oczne (retinopatia)
Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)
- powikłania oczne (makulopatia)
Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)
- nefropatia ukrzycowa
Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)
- neuropatia cukrzycowa
Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)
- inne powikłania cukrzycowe, jakie? _____
Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Czy ma Pani inne choroby towarzyszące cukrzycy lub inne problemy zdrowotne?

Sind bei Ihnen Begleiterkrankungen oder andere Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme bekannt?

- nie tak, jakie:
Nein Ja, welche:
- nadciśnienie tętnicze
Bluthochdruck (art. Hypertonie)
- choroba wieńcowa (CAD)
Herzkranzgefäßkrankung (KHK)
- miażdżycza zarostowa tętnic w nogach(PAD)
Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)
- niedoczynność tarczycy
Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)

- nadczynność tarczycy (hipertyreoza)
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- choroba autoimmunologiczna
Autoimmunerkrankung
- choroba psychiczna
Psychische Krankheit
- zaburzenia krzepnięcia
Gerinnungsstörung
- choroba nerwów (choroba neurologiczna)
Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)
- inna choroba serca (choroba kardiologiczna)
Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)
- inna choroba, jaka? _____
Sonstige Krankheit, welche?

- 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

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 T1 i T2:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen – T1 & T2 Fragebogen:

Patientinnen-ID _____

1. Termin in dieser Praxis in dieser Schwangerschaft? _____

Letzter HbA1c VOR der Schwangerschaft? _____ %

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg

TIR bei Erstvorstellung in aktueller Schwangerschaft?

Bevorzugt: 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l) _____ %

Ersatzweise: 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l) _____ %