

Datum _____

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

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

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes? _____

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

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert? _____

Ihre Körpergröße? _____ cm

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ex-Raucherin seit: _____ Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Welche ist Ihre Muttersprache? Deutsch Albanisch Arabisch Bulgarisch

Chinesisch Englisch Französisch Griechisch Italienisch Kurdisch

Polnisch Portugiesisch Rumänisch Russisch Spanisch Türkisch

Sonstige _____

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend Dolmetscher erforderlich

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____

• Geburtsgewicht des schwersten Kindes? _____ g

• In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren? _____

• Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja

• Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche: _____

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

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Therapie VOR der Schwangerschaft?

Folsäure Bluthochdruckmedikamente Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente)

Metformin Acarbose DPP4

Glinide SGLT2 Sulfonylharnstoff

sonstige Medikamente? _____

Inkretine/Abnehmspritze (z.B. Ozempic, Mounjaro): wann zuletzt? _____._____._____.(Datum)

CGM/FGM/Dauerglukosemessung mit z.B. Freestyle Libre, Dexcom

Insulintherapie: Insulininjektion

Insulinpumpe, welche? _____

AID-System (Automatische Insulin-Dosierung), welches? _____

Bitte wenden!

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

- Nein Ja, welche:
- Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)
 - Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)
 - Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)
 - Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)
 - Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche? _____

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

- Nein Ja, welche:
- Bluthochdruck (art. Hypertonie)
 - Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
 - Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)
 - Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
 - Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
 - Autoimmunerkrankung
 - Psychische Krankheit
 - Gerinnungsstörung
 - Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)
 - Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)
 - Sonstige Krankheit, welche? _____

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

- Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere _____

In welcher Klinik werden Sie gebären? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin? _____

Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An _____ Tag/en in der Woche

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen? _____

Von der Praxis zu messen und auszufüllen:

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) _____ %