

Datum _____

Ερωτηματολόγιο διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2:

Ενώ περιμένετε, απαντήστε σε μερικές ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε.

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

Τι τύπο διαβήτη έχετε; Διαβήτη Τύπου 1 Διαβήτη Τύπου 2

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

Πότε είναι η αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού του μωρού σας; _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Έγινε κάποια προετοιμασία ή ενημέρωση για αυτήν την εγκυμοσύνη σε αυτό το ιατρείο; Όχι Ναι

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

Nein, Ja

Ποιο έτος διαγνωστήκατε με διαβήτη; _____

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

Το ύψος σας; _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Το βάρος σας ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη; _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Καπνίζετε; Όχι Πρώην καπνίστρια εδώ και _____ Ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα; _____

Rauchen Sie?

Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Ποια είναι η μητρική σας γλώσσα; Γερμανικά Αλβανικά Αραβικά Βουλγαρικά

Welche ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Bulgarisch

 Κινέζικα Αγγλικά Γαλλικά Ελληνικά Ιταλικά Κουρδικά

Chinesisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Kurdisch

 Πολωνικά Πορτογαλικά Ρουμανικά Ρωσικά Ισπανικά Τουρκικά

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Spanisch

Türkisch

 Άλλη _____

Sonstige

Πώς είναι οι γνώσεις σας στη γερμανική γλώσσα; Επαρκείς Απαιτείται διερμηνέας

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend

Dolmetscher erforderlich

Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος; _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Πόσα παιδιά έχετε γεννήσει; _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- **Βάρος γέννησης του βαρύτερου παιδιού;** _____ γρ.
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g
- **Σε ποια εβδομάδα της εγκυμοσύνης γεννήθηκε το βαρύτερο παιδί σας;** _____
In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?
- **Είχατε προεκλαμψία σε προηγούμενες εγκυμοσύνες;** Όχι Ναι
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- **Έχει κάποιο από τα παιδιά σας προβλήματα υγείας;** Όχι Ναι, ποια:
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein, Ja, welche

Περιμένετε δίδυμα, τριδύμα κ.λ.π.; Όχι Ναι

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

Υποβλήθήκατε σε θεραπεία γονιμότητας για αυτήν την εγκυμοσύνη; Όχι Ναι

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft?

Nein

Ja

Θεραπεία ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη;

Therapie VOR der Schwangerschaft?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Φολικό οξύ
Folsäure | <input type="checkbox"/> Φάρμακα για αρτηριακή υπέρταση
Bluthochdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Θυροξίνη (φάρμακο για τον θυροειδή)
Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente) |
| <input type="checkbox"/> Μετφορμίνη
Metformin | <input type="checkbox"/> Ακαρβόζη
Acarbose | <input type="checkbox"/> DPP4
DPP4 |
| <input type="checkbox"/> Γλινίδες
Glinide | <input type="checkbox"/> SGLT2
SGLT2 | <input type="checkbox"/> Σουλφονουλουρία
Sulfonylharnstoff |

Άλλα φάρμακα; _____
sonstige Medikamente?

Ινκρετίνες/ενέσεις απώλειας βάρους (π.χ., Ozempic, Mounjaro): πότε ήταν η τελευταία;

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

____.____._____(Ημερομηνία)

CGM/FGM/Συνεχής παρακολούθηση γλυκόζης με, π.χ., Freestyle Libre, Dexcom

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

Θεραπεία με ινσουλίνη: Ένεση ινσουλίνης

Insulintherapie: Insulininjektion

Αντλία ινσουλίνης, ποια; _____

Insulinpumpe, welche?

Σύστημα AID (αυτοματοποιημένο σύστημα αντλίας ινσουλίνης), ποιο;

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

Πάσχετε από επιπλοκές του διαβήτη;

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

Όχι Ναι, ποιες:

Nein Ja, welche:

Διαβητική οφθαλμολογική νόσος (Αμφιβληστροειδοπάθεια)

Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)

Διαβητική οφθαλμολογική νόσος (Ωχροπάθεια/οίδημα ωχράς κηλίδας)

Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)

Διαβητική νεφροπάθεια

Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)

Διαβητική νευροπάθεια

Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)

Άλλες επιπλοκές του διαβήτη, ποιες;

Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Έχετε κάποια άλλη πάθηση;

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

Όχι Ναι, ποια

Nein Ja, welche:

Αρτηριακή υπέρταση)

Bluthochdruck (art. Hypertonie)

Στεφανιαία νόσο

Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

Κυκλοφορικές διαταραχές των κάτω άκρων

Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)

- Υποθυρεοειδισμός
Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- Υπερθυρεοειδισμός
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- Αυτοάνοσα νοσήματα
Autoimmunerkrankung
- Ψυχική ασθένεια
Psychische Krankheit
- Διαταραχή της πήξης του αίματος
Gerinnungsstörung
- Νευρική νόσος (νευρολογική νόσος)
Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)
- Άλλη καρδιακή νόσος
Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)
- Άλλη νόσος, ποια; _____
Sonstige Krankheit, welche?

Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ ένεση απώλειας βάρους; Όχι Ναι, ποιο:
Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein, Ja, welche:

Γαστρικός δακτύλιος Γαστρικό μανίκι Γαστρικό bypass Δεν γνωρίζω Άλλο
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Σε ποιο νοσοκομείο θα γεννήσετε; _____
In welcher Klinik werden Sie gebären?

Ποιος/Ποια είναι ο/η οικογενειακός σας γιατρός _____
Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Ποια/Ποιος είναι η/ο γυναικολόγος σας; _____
Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Πόσο συχνά γυμνάζεστε την εβδομάδα; _____ φορές την εβδομάδα
Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An _____ Tag/en in der Woche

Είστε εργαζόμενη αυτή τη περίοδο; Όχι Ναι
Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Ποιος είναι ο αριθμός επικοινωνίας σας; _____
Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Προς μέτρηση και συμπλήρωση στην πράξη - Ερωτηματολόγιο τύπου 1 ή τύπου 2
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) _____ %