

Datum _____

T1 & T2 Anketi: Lütfen beklerken birkaç soruyu elinizden geldiğince yanıtlayınız.

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

Diyabet tipiniz nedir? **Tip 1 Diyabet** **Tip 2 Diyabet**
 Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes

Bebeğinizin beklenen doğum tarihi nedir? _____
 Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Bu gebelikle ilgili bu muayenehanede herhangi bir eğitim veya hazırlık aldınız mı? **Hayır** **Evet**
 Hatten Sie in dieser Praxis eine Schulung oder Vorbereitung auf diese Schwangerschaft? Nein Ja

Diyabetiniz ne zaman teşhis edildi? _____
 In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

Boyunuz kaç santimetre? _____ cm
 Ihre Körpergröße? cm

Hamilelikten önceki kilonuzu yazar mısınız? _____ kilogram
 Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Sigara kullanıyor musunuz?
 Rauchen Sie?

Hayır **Hayır, bıraktım. Ne kadar süre önce bıraktınız?** _____
 Nein Ex-Raucherin seit:

Evet, günde ortalama: _____ adet
 Ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Anadiliniz nedir? **Almanca** **Arnavut** **Arapça** **Çince**
 Welche ist Ihre Muttersprache? Deutsch Albanisch Arabisch Chinesisch

Bulgarca **İngilizce** **Fransızca** **Yunanca** **İtalyanca** **Kürtçe**
 Bulgarisch Englisch Französisch Griechisch Italienisch Kurdisch

Lehçe **Portekizce** **Rumence** **Rusça** **İspanyolca** **Türkçe**
 Polnisch Portugiesisch Rumänisch Russisch Spanisch Türkisch

Diğer _____
 Sonstige

Almanca dil seviyeniz nedir? **Yeterli** **tercüman gerekli**
 Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend Dolmetscher erforderlich

Bu sizin kaçınıcı hamileliğiniz? _____
 Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Kaç çocuğunuz var? _____
 Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- **Doğumda en ağır bebeğiniz kaç kiloydu?** _____ g
 Geburtsgewicht des schwersten Kindes?
- **En ağır bebeğiniz kaçınıcı haftada doğdu?**
 In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?
- **Önceki hamileliklerinizde gebelik zehirlenmesi (preeklampsi) geçirdiniz mi?** **Hayır** **Evet**
 Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- **Çocuklarınızdan herhangi birinin sağlık sorunu var mı?** **Hayır** **Evet, hangileri:** _____
 Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche:

Çoğul gebelik bekliyor musunuz (ikiz, üçüz vb.)? Hayır Evet
Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)? Nein Ja

Doğurganlık tedavisi gördünüz mü? Hayır Evet
Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Hamilelik öncesi tedavi?

Therapie VOR der Schwangerschaft?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Folik asit
Folsäure | <input type="checkbox"/> tansiyon ilacı
Bluthochdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Tiroksin (tiroid ilacı)
Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente) |
| <input type="checkbox"/> Metformin
Metformin | <input type="checkbox"/> Akarboz
Acarbose | <input type="checkbox"/> DPP4
DPP4 |
| <input type="checkbox"/> Glinidler
Glinide | <input type="checkbox"/> SGLT2
SGLT2 | <input type="checkbox"/> Sülfonilüre
Sulfonylharnstoff |

diğer ilaçlar? _____
sonstige Medikamente?

İnkretinler/kilo verme enjeksiyonları (örn. Ozempic, Mounjaro): son uygulama tarihi _____._____._____ (Tarih)
Inkretine/Abnehmspritze (z.B. Ozempic, Mounjaro): wann zuletzt? (Datum)

CGM/FGM/örn. Freestyle Libre, Dexcom ile sürekli glikoz takibi
CGM/FGM/Dauerglukosemessung mit z.B. Freestyle Libre, Dexcom

İnsülin tedavisi: İnsülin enjeksiyonu
Insulintherapie: Insulininjektion

İnsülin pompası hangisi? _____
Insulinpumpe, welche?

AID sistemi (Otomatik İnsülin Dozajı), hangisidir? _____
AID-System (Automatische Insulin-Dosierung), welches?

Diyabete bağlı bir sağlık sorununuz var mı?

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

- Hayır Evet, hangisi:
Nein Ja, welche:
- Gözde diyabete bağlı hasar (retinopati)
Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)
- Gözün sarı noktasında hasar (makülopati)
Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)
- Böbreklerde diyabete bağlı hasar (nefropati)
Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)
- Sinirlerde diyabete bağlı hasar (nöropati)
Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)
- Diğer komplikasyonlar: _____
Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Herhangi bir sağlık sorununuz veya başka bir hastalığınız var mı?

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

- Tansiyon hastalığı (yüksek tansiyon)
Bluthochdruck (art. Hypertonie)
- Kalp damar tıkanıklığı (koroner arter hastalığı)
Herzkranzgefäßkrankung (KHK)
- Bacaklarda dolaşım sorunu
Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)
- Tiroidin az çalışması (hipotiroidi)
Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- Tiroidin fazla çalışması (hipertiroidi)
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- Bağışıklık sistemi hastalığı (otoimmün hastalık)
Autoimmunerkrankung
- Psikiyatrik hastalık
Psychische Krankheit

Pıhtılaşma sorunu

Gerinnungsstörung

Sinir sistemi hastalığı

Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)

Diğer kalp hastalıkları

Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)

Diğer hastalıklar:

Sonstige Krankheit, welche?

Obezite nedeniyle mide ameliyatı oldunuz mu? Hayır Evet, hangisi:

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

Mide bandı Tüp mide Gastrik bypass Bilmiyorum Diğer _____
Magenband Schlauchmage Magenbypass weiß nicht andere

Doğumunuzu hangi klinikte yapacaksınız? _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Aile doktorunuz kim? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Kadın ve doğum uzmanınız kim? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz? Haftada _____ gün/günlerde

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

Şu anda çalışıyor musunuz? Hayır Evet

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Size hangi telefon numarasından ulaşabiliriz? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Pratikte ölçmek ve doldurmak için:

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) _____ %