

Sehr geehrte Patientin,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Ihr(e) Gynäkologe/-in hat Sie hierher überwiesen, damit Ihr Zuckerstoffwechsel überprüft wird.

Beantworten Sie uns bitte ein paar Fragen so gut Sie können. Alles Weitere klären wir mit Ihnen im Gespräch.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel: _____ Email: _____

Gynäkologe: _____

Hausarzt: _____

Hatten Sie schon einmal einen Schwangerschaftsdiabetes?

Ja Nein Unbekannt

Hatten Sie schon einmal erhöhte Blutzuckerwerte?

Ja Nein Unbekannt

Haben Sie einen zu hohen Blutdruck?

Ja Nein Unbekannt

Sind Vorerkrankungen oder gesundheitliche Probleme bekannt?

Nein
 Ja. Welche?

Sind Ihre Eltern, Großeltern oder Geschwister an Diabetes erkrankt?

Ja Nein Unbekannt

Wurde bereits ein „Zuckerbelastungs-Test“ (oGGT) durchgeführt?

Ja Nein Unbekannt

Wie groß sind Sie ? _____ cm

Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? _____ kg

Wie war Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft? _____ kg

Rauchen Sie?

Ja, _____ Zig./Tag Ex-Raucher seit: _____ Nein

Haben Sie vor der Schwangerschaft Metformin eingenommen?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/oder Vitamine?

Ja Nein Bei ja, welche?

Sind Sie zurzeit berufstätig?

Ja Nein. Bei ja, welchen Beruf üben sie aus?

Aktuelle Schwangerschaft

Wann ist der errechnete Geburtstermin? _____

Erwarten Sie Zwillinge / Mehrlinge?

Ja Nein

Gab es Auffälligkeiten in der bisherigen Schwangerschaft? _____

In welcher Klinik werden Sie entbinden? _____

Frühere Schwangerschaften

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Hatten Sie Fehlgeburten o. Totgeburten?

Ja, wie viele? _____ Nein

Gab es Fehlbildungen bei Kindern aus früheren Schwangerschaften?

Ja Nein

Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?

Ja Nein

Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen? _____ g

Wie groß war dieses Kind bei der Geburt? _____ cm

Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Hilfe !

Ihr Team Praxis Koblenzer Strasse