



Bei Ihnen wurden im oralen Glucose-Toleranztest (OGTT) bei Ihrem/r Gynäkologen/in oder auch bei uns hier in der Praxis auffällige Blutzuckerwerte gefunden. Bitte beantworten sie die unten genannten Fragen. **Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte einfach frei.**

Patienten-Etikett

Datum: _____

Ich habe den Zuckerbelastungstest (OGTT) bei meinem Gynäkologen gemacht am Datum: _____
 0 min _____ mg/dl 60 min _____ mg/dl 120 min _____ mg/dl #df14

Ich habe den Test in dieser Praxis gemacht. #df11

In der wievielten Woche sind Sie ? _____ Schwangerschaftswoche (SSW) #df16
 Ihr voraussichtlicher Entbindungstermin (ET): _____ #et

Haben Sie Kinder NEIN JA, wie viele: _____ Alter ? _____ #df16

Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt ? NEIN JA, in der wievielten SSW ? _____ #df17

Gibt es in Ihrer Familie Diabetiker ? NEIN JA, und zwar _____ #df18

Nennen Sie uns bitte Ihr aktuelles Gewicht: _____ kg #b0
 und Ihre Körpergröße: _____ cm #b0

MEDIKAMENTE k dm					
PRÄPARAT	DOSIS	MORGEN	MITTAG	ABEND	z. NACHT

Leiden Sie an folgenden **ERKRANKUNGEN** ? bitte ankreuzen #g3/#g4

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hypertonus (Bluthochdruck)	

Sonstiges ? bitte ergänzen

!! **HERZLICHEN DANK für Ihre Mitarbeit** !!!