Endokrinologie & Diabetologie im Zentrum

Dr. Bacher Dr. Empacher Dr. Feldmann Dr. Fütterer S. Hauß Dr. Ploner

Schwangerschaftsdiabetes

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
☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Hypertonus (Bluthochdruck)	

Sonstiges ? bitte ergänzen

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