Endokrinologie & Diabetologie im Zentrum

Dr. Bacher Dr. Empacher Dr. Feldmann Dr. Fischer Dr. Mehnert 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** !!