Endokrinologie & Diabetologie im Zentrum

Dr. Bacher Dr. Empacher Dr. Feldmann Dr. Fitzke Dr. Klasen Dr. Mehnert

Schwangerschaftsdiabetes

Patienten-Etikett

Datum: ______________________

Bei Ihnen wurden im oralen Glucose-Toleranztest (oGTT) bei Ihrem/r Gynäkologen/in oder auch bei uns hier in der Praxis auffällige Blutzuckerwerte gefunden. Bevor Sie gleich zur Gruppenschulung zusammenkommen, möchten wir Ihnen einige Fragen stellen und Sie bitten, sich im Wartezimmer ein wenig Zeit für die Beantwortung der Fragen zu nehmen.
Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte einfach frei.

☐ Ich habe den oralen Glucose-Toleranztest (oGTT) bei meine Gynäkologen gemacht am Datum: ___________

0 min ________ mg/dl 60 min ________ mg/dl 120 min________ mg/dl #df14

☐ Ich habe den oralen Glucose-Toleranztest in dieser Praxis gemacht. #df11

Ihr voraussichtlicher Entbindungstermin (ET): __________ #et

In der wievielten Woche sind Sie ? __________. Schwangerschaftswoche (SSW) #df16

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

Rauchen Sie ? ☐ NEIN ☐ JA, wieviel ? _____________ Zigaretten pro Tag #df5

Trinken Sie Alkohol ? ☐ NEIN ☐ JA, wieviel ungefähr ? _____________ pro Tag #df6

Nennen Sie uns bitte Ihr aktuelles Gewicht: ____________ kg #b0

und Ihre Körpergröße: ____________ cm #b0

MEDIKAMENTEN-EINNAHME / INFUSIONEN / INJEKTIONEN / INSULINE / HOMÖOPATHIKA k dm

PRÄPARAT	DOSIS	MORGEN	MITTAG	ABEND	z. NACHT

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

☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐ Schilddrüse
☐ Hypertonus (Bluthochdruck)	☐ Leber
☐ Herz	☐ Niere
☐ Lunge / Bronchien	☐ Psyche

☐ Sonstiges / Operationen (bitte ergänzen)

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