

Sehr geehrte Frau _____,

sie stellen sich heute in unserer Praxis zum Ausschluss eines Schwangerschaftsdiabetes vor. Vielleicht haben sie schon einen Zuckerbelastungstest in Ihrer Frauenarztpraxis gemacht und kommen heute für einen erneuten Test oder um die vorausgegangenen Ergebnisse zu besprechen. Um sie individuell und umfassend behandeln und beraten zu können, benötigen wir einige persönliche Informationen von Ihnen.

Fragen zur Person:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____ Lebensalter in Jahren: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Auf Wessen Empfehlung kommen sie zu uns?

Frauenarzt anderer Arzt Bekannte Sonstiges

Wie groß sind Sie? _____ cm Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Körpergewicht vor Beginn der Schwangerschaft: _____ kg

Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck? Ja Nein nicht bekannt

Haben sie Allergien? Ja Nein nicht bekannt

➤ Wenn ja. Welche? _____

Haben Sie chronische Erkrankungen?

-

-

Dr. med. Claudia Theodora Werner
Schwerpunktpraxis Diabetologie Blankenhain
August- Bebel- Straße 7
99444 Blankenhain
Tel. 036459-63189
E-Mail: info@diabetologie-blankenhain.de
Homepage: www.diabetologie-blankenhain.de

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Medikamentenplan anbei

Name des Medikaments / Dosis (mg)	Morgens	Mittags	abends

Wurde bei Ihnen ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? Ja Nein

Wurde schon einmal ein erhöhter Blutzuckerwert gemessen? Ja Nein

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? Ja Nein

Ist eine Zuckererkrankung bei einem Ihrer nahen Verwandten bekannt? Nein

Ja Vater Mutter Geschwister

Sonstige Familienmitglieder Kinder

Sie sind verheiratet verwitwet leben in einer Lebensgemeinschaft

Sie sind alleinstehend

Welchen Beruf üben sie aus? _____

Besteht ein Beschäftigungsverbot während der Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen zur aktuellen Schwangerschaft:

Berechneter Entbindungstermin: ____ . ____ . _____

Ist der von Ihnen angegebene Geburtstermin korrigiert worden? Ja Nein

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) befinden sie sich? _____(SSW)

Wo haben sie die Entbindung geplant? _____

Gibt es Komplikationen in der bestehenden Schwangerschaft? _____

Waren sie bereits schwanger? _____

➤ Wenn ja. Wie oft? _____

➤ Gab es Komplikationen? _____

Haben sie bereits Kinder geboren? Ja Nein

➤ Wenn ja. Wie viele Kinder haben sie geboren? _____

	Geschlecht	Geburtsgewicht	Geburtsjahr	Komplikationen
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				
Kind 4				
Kind 5				
Kind 6				

Fragen zur Suchtanamnese:

Rauchen Sie? Ja Nein

Ich habe vor der Schwangerschaft geraucht. Ja Nein

➤ Wenn Ja. Wieviel Zigaretten rauchen sie pro Tag? _____?

Trinken Sie Alkohol? gelegentlich täglich nie

Trinken sie während der Schwangerschaft Alkohol?

gelegentlich täglich

Ich trinke keinen Alkohol während der Schwangerschaft.

Konsumieren sie andere Arten von Drogen? Ja Nein

➤ Wenn Ja. Welche Art von Drogen konsumieren sie?

-
