

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

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?

-

---

---