



Anamnesebogen Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)

Liebe Patientin,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten			
Vorname	.....	Nachname	.....
Geburtsdatum	.....	
Telefon	.....	Fax	.....
Mobil	.....	email	.....
Gynäkolog/In	.....	Hausarzt	.....

Eigenanamnese

Diabetes Mellitus Typ 1 2 Gestationsdiabetes

Seit/...../.....

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes ? Ja Nein

Nehmen Sie Insulin ? Ja Nein

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften (Gravidität):

Bestand dabei die Diagnose eines Gestationsdiabetes: Ja Nein

Anzahl der Geburten (Para):

Geburtsgewicht der Kinder bei vorheriger Schwangerschaft

Hatten Sie Mehrlingsgeburten: Ja Nein

Frühere Totgeburten Ja Nein

Fehlbildungen bei Kindern aus früheren Schwangerschaften Ja Nein

Derzeitige Schwangerschaftswoche: SSW

Errechneter Geburtstermin/...../.....

Wurde bereits ein 75g oralen Glucose-Toleranztest durchgeführt Ja Nein

Wenn ja, wann:/...../.....

Welche Werte: Nüchternmg/dl

1-Stunden-Wertmg/dl

2-Stunden-Wertmg/dl

HbA1c-Werte mg/dl mmol/mol

Unter welchen sonstigen Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?

- Bluthochdruck hohe Blutfettwerte
 Polycystisches Ovarsyndrom sonstiges

Wann war die letzte Augenkontrolle?

Ergebnis: unauffällig Netzhautschäden

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig ?

Medikament	morgens	mittags	abends

Messen Sie den Blutzucker bereits? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Gerät?

Wie oft messen Sie den Blutzucker? / Tag / Woche

Familienanamnese

Familienmitglieder mit Diabetes Mellitus (möglichst mit welchem Typ):

.....
.....
.....

Sozialanamnese

Familienstand allein lebend mit Partner / Ehepartner lebend
 Kinder im Haus berentet

Beruf

Hobbys

Sport (welcher)

Allgemeine Anamnese

Ja Nein
 Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel: Zigaretten
 Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: Gläser / Woche

Dürfen wir Sie über Neuigkeiten informieren ? (Per Post / Email)

Ja Nein

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, dass ein Portraitfoto von mir in meiner Krankenakte hinterlegt wird. Dieses Foto dient ausschließlich dazu, ein Vertauschen der Krankenakten zu verhindern.

Liebe Patientin!

Es kommt leider immer wieder vor, daß Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und nicht absagen.

Wir versuchen, uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine. Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir entsprechend diese Zeit, in der uns Leerräume entstehen.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Anderenfalls bitten Wir um Ihr Verständnis, daß wir eine Gebühr in Höhe von € 20,00 in Rechnung stellen müssen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....
Datum, Unterschrift