



Anamnesebogen Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)

Persönliche Daten

Vorname Nachname
Geburtsdatum
Telefon Fax
Mobil E-Mail
Gynäkolog/In Hausarzt

Eigenanamnese:

Ist Diabetes bereits bei ihnen bekannt? Ja Nein
Diabetes mellitus Typ 1 2 Schwangerschaftsdiabetes
Seit/...../.....
Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? Ja Nein
Spritzen Sie Insulin? Ja Nein

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften (Grav):
Gab es Komplikationen? Ja Nein
Welche
Anzahl Fehlgeburten?
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
Fehlbildung bei Kindern aus früheren Schwangerschaften Ja Nein
Gab es während dieser oder bisheriger Schwangerschaften Komplikationen, wenn welche?
.....

Derzeitige Schwangerschaftswoche:SSW
Errechneter Geburtstermin/...../.....

Wurde bereits ein 75g oralen Glucose-Toleranztest durchgeführt: Ja Nein
Wenn ja, wann:/...../.....
Welche Werte: Nüchternmg/dl,
1. 1-Stunden-Wertmg/dl
2. 2-Stunden-Wertmg/dl
3. HbA1c-Wert:mg/dl

Unter welchen sonstigen Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?

Bluthochdruck hohe Blutfettwerte Polycystisches Ovarialsyndrom

sonstige chron. Erkrankungen

Wann war die letzte Augenkontrolle?

Ergebnis: unauffällig Netzhautschäden

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikamente	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

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel:

Konsumieren Sie Alkohol, andere Drogen, wenn ja, wieviel:

Wie groß sind Sie?

.....cm

Was wogen Sie vor der Schwangerschaft?

.....kg

.....
Datum

.....
Unterschrift

Liebe Patienten!

Es kommt leider immer wieder vor, dass vereinbarte Termine nicht eingehalten und nicht abgesagt werden.

Wir versuchen, uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine.

Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir diese Zeit und uns entstehen Leerräume.

Daher bitten wir Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen

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

Ihr Praxisteam