

Sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Ihr/e Frauenärztin/arzt hat Sie hierher überwiesen, damit Ihr Zuckerstoffwechsel überprüft wird.

Dies geschieht mit einem Zucker - Belastungstest. Hierbei trinken Sie auf nüchternen Magen eine Lösung mit genau 75 g Zucker (Glukose). Ihr Blutzucker wird vorher, 1 Stunde und 2 Stunden danach überprüft. In dieser Zeit dürfen Sie die Praxis nicht verlassen, nicht rauchen und nicht essen. Nach Abschluss des Testes werden wir das Ergebnis sofort mit Ihnen besprechen. Dann dürfen Sie auch frühstücken und etwas trinken.

Während Sie warten, beantworten Sie uns bitte noch ein paar Fragen, so gut Sie können. Alles Weitere klären wir mit Ihnen im Gespräch.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Gynäkologe:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Schwangerschaftsdiabetes?  Ja  Nein  Unbekannt

Hatten Sie schon einmal erhöhte Blutzuckerwerte?  Ja  Nein  Unbekannt

Ist bei Ihnen ein PCO-Syndrom bekannt?  Ja  Nein  Unbekannt

Habe Sie einen zu hohen Blutdruck?  Ja  Nein  Unbekannt

Sind Vorerkrankungen o. gesundheitliche Probleme bekannt?  Ja  Nein

Bei ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Ihre Eltern, Großeltern o. Geschwister an Diabetes erkrankt?  Ja  Nein  Unbekannt

Wurde bereits ein „Zuckerbelastungs-Test“ durchgeführt?  Ja  Nein  Unbekannt

Wie groß sind Sie ? \_\_\_\_\_ cm Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

Wie war Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ kg

Welche ist Ihre Muttersprache? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja, \_\_\_\_\_ Zig/Tag  Ex-Raucher seit: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie vor der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?  Ja  Nein

Haben Sie vor der Schwangerschaft Metformin eingenommen?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/oder Vitamine?  Ja  Nein

Bei ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche und wie lange machen Sie Sport? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit berufstätig?  Ja  Nein

Bei ja, welchen Beruf üben sie aus? \_\_\_\_\_

bitte wenden

### Aktuelle Schwangerschaft

Wann ist der errechnete Geburtstermin? \_\_\_\_\_

Erwarten Sie Zwillinge / Mehrlinge?  Ja  Nein

Gab es Auffälligkeiten in der bisherigen Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

In welcher Klinik werden Sie entbinden? \_\_\_\_\_

### Frühere Schwangerschaften

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten o. Totgeburten?  Ja, wie viele? \_\_\_\_\_  Nein

Gab es Fehlbildungen bei Kindern aus früheren Schwangerschaften?  Ja  Nein

Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?  Ja  Nein

Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen? \_\_\_\_\_ g

Wie groß war dieses Kind bei der Geburt? \_\_\_\_\_ cm

### Bemerkungen

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

**Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Schaden**