

Schwerpunktpraxis für Diabetologie

Mario Jurica

Stephanie Eckey

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.Datum

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Frauenarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, wir möchten Sie um einige Angaben bitte, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie aktuell unter einer akuten Erkrankung ?

(zB. Erkältung, Blasenentzündung) o Nein o Ja

Sind sie heute nüchtern? (8 Std. ohne Essen und Trinken?) o Nein o Ja

Haben Sie in letzter Zeit Cortison eingenommen? o Nein o Ja

Waren Sie schon einmal schwanger? o Nein o Ja, _____ mal

Haben Sie bereits Kinder? o Nein o Ja: _____ Kind/er

Ist bei einem Ihrer Familienmitglieder Diabetes bekannt? o Nein o Ja

wenn Ja, bei wem (Mutter/Vater/andere) _____

Kennen Sie das Geburtsgewicht und die Größe Ihrer Kinder? Und in welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie entbunden?

1. Kind _____ cm _____ g (_____ SSW); **2. Kind** _____ cm _____ g (_____ SSW);

3. Kind _____ cm _____ g (_____ SSW); **4. Kind** _____ cm _____ g (_____ SSW)

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____ SSW

Ihr errechneter Entbindungstermin ist der: _____

Besteht eine Mehrlingsschwangerschaft? o Nein o Ja, _____ Kinder

Wo ist die Entbindung geplant? _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt?

- mit 50g Glukose über 60 Min., Sie mussten **vorher nicht nüchtern** sein

o Nein o Ja, Ergebnis nach 60 Min.: _____ mg/dl

- mit 75g Glukose über 120 Min, Sie mussten **vorher nüchtern** sein

Nein

Ja, Ergebnis:

vor dem Test: _____ mg/dl

nach 60 Min.: _____ mg/dl

nach 120 Min.: _____ mg/dl

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Nein, zeit- und regelrechte Entwicklung

Ja, folgende:

Bauchumfang zu groß

zu groß

zu viel Fruchtwasser

Sonstiges: _____

Wenn Sie schon einmal schwanger waren, war in den vorherigen Schwangerschaften schon ein Schwangerschaftsdiabetes bekannt?

Nein

Ja,

ohne Insulintherapie

mit Insulintherapie

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen oder Allergien bekannt?

Nein

Ja, folgende

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja,

folgende:

Haben Sie vor der Schwangerschaft das Medikament Metformin eingenommen?

Nein

Ja

Ihre Körpergröße:

_____ m

Ihr Körpergewicht:

aktuell:

_____ kg

vor der Schwangerschaft:

_____ kg

Wie würden Sie Ihre Ernährung überwiegend beschreiben?

normale Mischkost

vegan

Fastfood

Kantinenessen

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____