

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Veränderung des Augenhintergrundes Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Durchblutungsstörungen Ja Nein

Hypertonie/Bluthochdruck Ja Nein

Herzerkrankungen Ja Nein

Hypercholesterinämie Ja Nein

Schilddrüsenunterfunktion oder -überfunktion Ja Nein

Depressionen Ja Nein

Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose oder HIV) Ja Nein

Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis) Ja Nein

Allergien (z. B. gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub) Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien? _____

Sonstige Vorerkrankungen: _____

Ist bei einem Familienmitglied Diabetes bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? (Mutter/Vater/andere) _____

Rauchen Sie? Ja, wie viel? _____ Nein

Sind Sie bei Ihrem Hausarzt in das Programm für Diabetiker (DMP) eingeschrieben? Ja Nein

Haben Sie einen Medikationsplan dabei? Falls ja, geben Sie diesen bitte in der Anmeldung ab.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

Anamnesebogen

SCHWANGERE



Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

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 oder Blasenentzündung? Ja Nein

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

Haben Sie in letzter Zeit Cortison eingenommen? Ja Nein

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja, wie oft? _____ Nein

Haben Sie bereits Kinder? Ja, wie viele? _____ Nein

Ist bei einem Familienmitglied Diabetes bekannt? Ja Nein

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? _____

Ihr errechneter Entbindungstermin ist der: _____

Besteht eine Mehrlingsschwangerschaft? Ja, _____ Kinder Nein

Wo ist die Entbindung geplant? _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt?

a) mit 50g Glukose über 60 Min., Sie mussten vorher nicht nüchtern sein

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

b) mit 75g Glukose über 120 Min, Sie mussten vorher nüchtern sein

Ja, Ergebnis vor dem Test: _____ mg/dl Nein
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?

Ja: ohne Insulintherapie mit Insulintherapie Nein

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen oder Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie vor der Schwangerschaft das Medikament Metformin eingenommen? Ja Nein

Ihre Körpergröße in cm Ihr Körpergewicht aktuell Ihr Körpergewicht vor der Schwangerschaft

Wie würden Sie Ihre Ernährung überwiegend beschreiben?

normale Mischkost vegan Fastfood Kantinenessen

Datum

Unterschrift des Patienten