

Anamnesebogen Gestationsdiabetes

Liebe Patientin,
um Sie optimal behandeln zu können bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.
Viele Dank!

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

Größe: _____

Aktuelles Gewicht: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist dies: _____

Gab es Komplikationen: _____

War bei Ihnen bei vorherigen Schwangerschaften ein Schwangerschaftsdiabetes bekannt: _____

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich: _____

Errechneter Entbindungstermin: _____

Wurde bei Ihnen ein Zuckerbelastungstest (OGT) beim Gynäkologen durchgeführt:

Wenn Ja, wie waren die Werte: _____

Ist bei Ihnen Diabetes mellitus in der Familie bekannt: _____