

Anamnesebogen - Gestationsdiabetes - Schwangerschaftsdiabetes

Liebe Patientin,

Sie stellen sich heute in unserer Praxis vor, um einen Schwangerschaftsdiabetes auszuschließen oder behandeln zu lassen. Für eine optimale Therapie, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Herzlichen Dank!

1. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Gynäkologe/in: _____ Hausarzt: _____

2. Eigene Vorgeschichte

Bitte nennen Sie alle ernstlichen Erkrankungen wie Operationen, Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Polycystisches Ovarsyndrom, o.ä. in zeitlicher Reihenfolge auf:

Welche Medikamente nehmen Sie wie häufig ein?

Medikamente	morgens	mittags	abends	Zur Nacht
z.B. Folsäure				

Derzeitige Schwangerschaftswoche: _____ SSW / Geburtstermin: ____/____/____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften ? _____

Bestand dabei die Diagnose Gestationsdiabetes? Ja Nein

Geburtsgewicht: 1. Kind _____ g

2. Kind _____ g

3. Kind _____ g

Frühere Tot oder Fehlgeburten? Ja Nein

Wurde bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und mit 50g oder 75g Glucose: ____/____/____

Welche Werte: nüchtern: ____ mmol/l

1-h-Wert: ____ mmol/l

2-h-Wert: ____ mmol/l

Aktueller HbA1c: ____ %

Besteht bereits ein Diabetes mellitus und seit wann?

Messen Sie bereits den Blutzucker? Ja Nein

Wenn ja mit welchem Gerät? _____

Wie oft messen Sie den Blutzucker ____ / Tag ____ / Woche

3. Soziale Vorgeschichte

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeführter Beruf: _____

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig oder haben Sie ein Berufsverbot? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Familienstand: _____

4. Familienvorgeschichte (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Sind in Ihrer Familie bereits folgende Erkrankungen aufgetreten?

Diabetes mellitus: _____

Krebs: _____

Bluthochdruck: _____

5. Allgemeine Angaben

Wie groß sind Sie? ____ cm

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele ? ____ / Tag

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Sind Allergien, Nahrungs- oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Datum/ Unterschrift: _____