hormonexpert®

Diabetes
Schwerpunktpraxis
Zentrum für Schilddrüsen-Erkrankungen
Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Gerhard Eberlein
& Kollegen

Fragebogen Schwangerschaftsdiabetes

Die folgenden Fragen helfen uns, alle relevanten Informationen für Ihre Behandlung zu erfassen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____ geb.am.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Privat: _____ Tel.-Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf/Tätigkeit: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Hausarzt: _____

Frauenarzt: _____

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften: _____ Anzahl der Geburten: _____

Bestand dabei die Diagnose eines Gestationsdiabetes: ☐ Ja ☐ Nein

Geburtsgewicht der Kinder bei vorheriger Schwangerschaft: _____

Hatten Sie Mehrlingsgeburten: ☐ Ja ☐ Nein Frühere Totgeburten ☐ Ja ☐ Nein

Fehlbildungen bei Kindern aus früheren Schwangerschaften ☐ Ja ☐ Nein

Derzeitige Schwangerschaftswoche: _____ SSW

Errechneter Geburtstermin: _____

Wurde bereits ein 75g oraler Glucose-Toleranztest durchgeführt ☐ Nein

☐ Ja, wann: _____ Welche Werte: Nüchtern: _____ mg/dl,

1-Stunden-Wert: _____mg/dl, 2-Stunden-Wert: _____mg/dl

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, wie viel? _____ Zigaretten/Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? □ Nein □ Ja, wieviel: _____

Ist bei Ihnen ein Diabetes bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, welcher Typ? _____

Ist in Ihrer Familie ein Diabetes bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, bei wem? _____

Leiden Sie unter sonstigen Krankheiten?

_____

Nehmen Sie Medikamente ein?

_____

Bayreuth, den _____ Unterschrift: _____