



## Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie in unserer Diabetespraxis. Es ist uns ein Anliegen, Sie individuell und bestmöglich zu behandeln. Dafür benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie den Bogen aus und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen (Antworten in die freien Felder schreiben oder Ankreuzen), damit wir in der Sprechstunde möglichst viel Zeit für Sie zur Verfügung haben.

Datum: .....

Vorname .....

Name .....

Geburtsdatum .....

Telefonnummer .....

Kinder .....

Erlerner Beruf .....

Aktuelle Berufstätigkeit .....

Hausarzt .....

Gynäkologe .....

Größe ..... cm

Aktuelles Gewicht ..... kg

Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft ..... kg

Ist oder war ein anderes Familienmitglied an Diabetes erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? (z.B. Folio, Eisen, Magnesium) .....

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

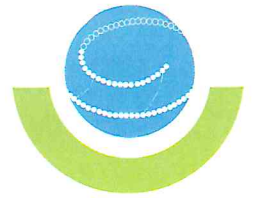
Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wieviele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? .....

Wieviel trinken Sie pro Tag? .....

Bewegen Sie sich regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Art? .....



**SCHWANGERSCHAFT**

Ihre wievielte Schwangerschaft besteht bei Ihnen? .....

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? .....

Entbindungstermin .....

Angaben über vorangegangene Schwangerschaften/Fehlgeburten:

Geburtsjahr	Gewicht (g)	Größe (cm)	Spontangeburt oder Kaiserschnitt	Komplikationen

Welche Fragen oder Wünsche haben Sie?

.....

**OGTT venös**

Name	Vorname	Datum

	Hb (g%)	Blutzucker (mg/dl)
Nüchtern		
nach 1 Stunde		
nach 2 Stunden		
HbA1c (%)		