

Aufnahmebogen Schwangerschaftsdiabetes

Liebe Patientin,
wir möchten Sie optimal behandeln. Deshalb bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Datum:
Name, Vorname: Geburtsdatum:.....
Wie können wir Ihnen helfen?

Wurde bereits ein **Blutzuckerbelastungstest** durchgeführt? ja nein
Datum: Praxis:.....
Mit welchem Ergebnis? nü..... 1 Std. 2 Std. mg/dl
Gesundheitliche **Beschwerden**:
.....

In der wievielten **Schwangerschaftswoche** sind Sie?
Wann ist der geplante **Entbindungstermin**?
In welcher **Klinik** möchten Sie entbinden?
Gibt es **Besonderheiten** in dieser Schwangerschaft?
.....

Wie **groß** ist ihr Kind? in der Norm eher groß eher klein
Wie ist die **Fruchtwassermenge**? in der Norm eher viel eher wenig

Bisherige Schwangerschaften:

Kind 1:
Entb.datum:; Geb.gewicht:g; Größe:cm
Besonderheiten:

Kind 2:
Entb.datum:; Geb.gewicht:g; Größe:cm
Besonderheiten:

Kind 3:
Entb.datum:; Geb.gewicht:g; Größe:cm
Besonderheiten:

Weitere:.....
.....
.....

Ihre **Größe**:cm;

Ihr **Gewicht**:kg; vor der Schwangerschaft:kg

Wie groß waren Sie bei Ihrer Geburt?cm; wie schwer?g

Besonderheiten:.....

Welche **Familienmitglieder** haben Diabetes? Wissen Sie, welchen Typ?

.....
.....
.....

Rauchen Sie? ja (.....Zig./ Tag) nein; vor der Schwangerschaft: ja nein

Nehmen Sie **alkoholische Getränke** zu sich? ja (ca./Woche); nein

Welche **Erkrankungen und Allergien** sind bei Ihnen bekannt?

.....
.....
.....

Welche **Medikamente und Präparate** nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....

Haben Sie bereits ein **Blutzuckermessgerät**? Welches?

.....

Ihr **Familienstand**? ledig verheiratet geschieden verwitwet

Mit wem leben Sie zusammen in einem **Haushalt**?

.....

Was machen Sie zurzeit **beruflich**?

.....

Wie viel **Sport und Bewegung** haben Sie?

.....

Bemerkungen:

.....

.....