

<u>Aufnahmebogen</u> <u>Schwangerschaftsdiabetes</u>



für die Diabetes- Schwerpunktpraxis Wosch

Name:		Hausarzt:	Hausarzt:		
Geb.:					
Tel.:		Frauenarzt:	Frauenarzt:		
Mobil:					
Sehr verehrte Patier	ntin.				
	•	g im Rahmen der Schwangersch	aft, oder anderer		
Stoffwechselprobler	ne in unsere Prax	kis gekommen.			
Um ein optimales Ti	herapieziel mit Ih	nen erreichen zu können, brauc	hen wir Ihre geschätzte Mitarbeit.		
Für den ersten Kont	akt benötigen wi	r einige Angaben:			
Ihre Größe:	<u>m</u>	Ihr Gewicht:	kg		
Kennen Sie noch Ihr e	eigenes Geburtsge	wicht?	kg		
Schwangerschaftswo	che:	Geb Termin (s. Mutterpas	s):		
Wann wurde bei Ihne	n erstmalig ein Sch	nwangerschafts- Diabetes festgest	ellt?		
Tragen Sie bitte die W	Verte des Glucose-	Belastungstests unten ein:			
nüchtern:	1 Stunde:_	2 Stunden (n	ur wenn vorhanden):		
Gibt (oder gab) es	in Ihrer Familie P	atienten mit Diabetes?			
Bitte schildern Sie a	ktuelle Probleme	e und Beschwerden. Wie lange k	oestehen diese?		
Wie viele Kinder habe Wie waren die Gebur		es Probleme während der Schwar	ngerschaft?		
1. Kind:		4. Kind:			
2. Kind:		5. Kind:			
3. Kind:		6. Kind:			

	Ja	Ja Nein		Häufigkeit pro Tag		
Messen Sie Blutzucker					ma	
Führen Sie ein Tagebuch						
Treiben Sie Sport			Welchen?			
			Wie oft?			
Zigaretten			Stück pro Tag			
Alkohol			Was?			
			Wie oft?			
				Ja	nein	
Leiden Sie unter einer einschränkend						
Falls nein, haben Sie den Aufzug benutzt?						
Medikamente:	Dosis:		Häufigkeit der Einnahme:			
weakamenee.	20313.		Tradjigkere der Emma			
Außerdem bitten wir Sie zum e	ersten Kontakt folgen	de Dinge unbe	dingt mitzubringen:			
Krankenkassenkarte und	d Überweisung					
• Liste über alle zur Zeit e	=		-	n)		
• Ganz wichtig: BZ- Tage	ouch mit Blutzuckerw	erten aus Ihrer	Selbstmessung			
	_					
Platz für Bemerkungen Ihrerse	its:					

Falls Fragen offen bleiben, stehen wir gerne hilfreich zu Ihrer Verfügung. Für Ihre Mühe und Mitarbeit bedanken wir uns schon herzlich im Voraus. Ihr Praxisteam!