

Anamnesebogen

Gestationsdiabetes/Schwangerschaft bei Diabetes

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Familienstand:
Telefon;
Email:
Beruf:
Hausarzt:
Gynäkologe:

Liebe Patientin,
wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal beraten und behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Welcher Diabetestyp liegt bei Ihnen vor?
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)

2. Seit wann ist Ihr Diabetes bekannt? _____

3. Ist bei Familienangehörigen Diabetes bekannt?
 - Nein
 - Ja, bei wem? _____

4. Nehmen Sie Medikamente oder Vitaminpräparate ein?
 - Nein
 - Ja, welche? _____
 - Bringen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan mit!

5. Spritzen Sie Insulin?
 - Nein
 - Ja, welches? _____
 - Bringen Sie bitte Ihren aktuellen Spritzplan mit!

6. Nutzen Sie bereits ein Blutzuckermessgerät oder -sensor?
 - Nein
 - Ja, welches? _____

7. Wurde bei Ihnen bereits ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt? Wann? _____
 - 50g-oGTT nüchtern _____ 1h _____ 2h _____ (mg/dl)
 - 75g-oGTT nüchtern _____ 1h _____ 2h _____ (mg/dl)

8. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?
 - Veränderungen des Augenhintergrundes
 - Nierenerkrankungen
 - Bluthochdruck
 - Herzerkrankungen
 - Schilddrüsenfehlfunktion
 - Depression
 - Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV etc.)
 - Sonstige: _____

9. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Nein
- Ja, welche? _____

10. Rauchen Sie?

- Nein, noch nie
- Nein nicht mehr seit _____
- Ja

11. Trinken Sie Alkohol?

- Nein
- ja

12. In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell? _____

13. Wann ist Ihr errechneter Entbindungstermin? _____

14. In welcher Klinik möchten Sie entbinden? _____

15. Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften: _____

- Bestand dabei ein Gestationsdiabetes? _____
- Traten Fehl- oder Totgeburten auf? _____
- Gab es Fehlbildungen/Erkrankungen bei Kindern? _____
- Gab es Mehrlingsschwangerschaften? _____

16. Anzahl der vorangegangenen Geburten: _____

- Geburtsgewicht des schwersten Kindes: _____ (g)

17. Wie war Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? _____ (kg)

Wie ist ihr aktuelles Gewicht _____ (kg) in der _____ SSW

18. Wie groß sind Sie? _____ (cm)

19. Bewegen Sie sich regelmäßig/machen Sie Sport?

- Nein
- Ja, an _____ Tagen in der Woche

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin