

Diabetologische Schwerpunktpraxis Croissant, Dr. Zapf

Ingolstädter Straße 51, 85276 Pfaffenhofen,

Tel.: 08441/5000, Fax: 08441 496113, E-Mail: praxiscroissantzapf@t-online.de

Aufnahmebogen Schwangerschaftsdiabetes

Seite 1

Liebe Patienten,

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:

.....

.....

bitte wenden

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

Wer lebt mit Ihnen zusammen im Haushalt?

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

Was machen Sie zurzeit beruflich?

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