

Anamnesebogen Schwangerschaftsdiabetes

Sehr geehrte Patientin, bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Arztgespräch aus.

Vor-/Nachname: _____; Geburtsdatum: _____;

Frauenärztin/Frauenarzt: _____;

Schwangerschaftswoche: _____;

Kleiner Zuckertest (50-g-Zucker) erfolgt? ja ☐ / nein ☐;

Großer Zuckertest (75-g-Zucker) erfolgt? ja ☐ / nein ☐;

Anzahl der Schwangerschaften: _____;

Anzahl der Geburten: _____; Geburtsgewicht der Kinder: _____;

In den vorherigen Schwangerschaften Schwangerschaftsdiabetes gehabt? ja ☐ / nein ☐;

Körpergewicht vor der Schwangerschaft: _____;

Körpergewicht aktuell: _____; Größe: _____;

Diabetes bei den Eltern oder Geschwistern: ja ☐ / nein ☐;

Anzahl der Fehlgeburten: _____

Vorerkrankungen:

Herzerkrankung: ja ☐ / nein ☐; Bluthochdruck: ja ☐ / nein ☐;

Schilddrüsenerkrankung: ja ☐ / nein ☐;

Andere Erkrankungen: _____

Aktuelle Anamnese _____

Medikamente:
