

# SCHWANGERSCHAFTSDIABETES ANAMNESE

## PRAXIS MATIC

Name  Vorname

Geburtsdatum  Heutiges Datum

Gruberstraße 26 · 64289 Darmstadt  
Telefon: +49 (0) 61 51 - 7 50 33 oder 7 50 51  
Telefax: +49 (0) 61 51 - 71 72 16  
E-Mail: [info@praxis-matic.de](mailto:info@praxis-matic.de)  
Web: [www.praxis-matic.de](http://www.praxis-matic.de)

Telefon:

Privat  Dienstlich  Mobil  Angehöriger

E-Mail

### Sehr geehrte Patientin,

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

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?  Frauenarzt  anderer Arzt  Bekannte Sonstige:

Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt?  Nein  Ja

Wo?  Frauenarzt Sonstige:

Kennen Sie das Ergebnis?  Blutzucker nüchtern  nach 1 Stunde  nach 2 Stunden

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich:  SSW

Ihr errechneter Entbindungstermin ist der

Wo ist die Entbindung geplant:

Gibt es Komplikationen in der Schwangerschaft:  Nein  Ja

Waren Sie schon einmal schwanger?  Nein  Ja  mal; zuletzt

Haben Sie bereits Kinder?  Nein  Ja ein Kind  Ja  Kinder

Kennen Sie das Geburtsgewicht Ihrer Kinder? Wenn ja:

In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie Ihr Kind entbunden?

g (  SSW);  g (  SSW);  g (  SSW)

Wurde schon einmal ein erhöhter Blutzucker-Wert gemessen?  Nein  Ja

Haben Sie ein Blutzucker-Messgerät?  Nein  Ja der Name ist:

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt?

Ihre Körpergröße:  cm; Ihr Körpergewicht: aktuell  kg vor der SS:  kg

Rauchen Sie?  Nie  Ex-Raucher  ca.  Zig/Tag o Sonstige

Trinken Sie Alkohol?  Nie  gelegentlich  täglich

Was machen Sie beruflich?

Wer kocht in Ihrem Haushalt?  selbst  Partner  übrige

Sind Allergien gegen Nahrungsmittel bekannt?  Nein  Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name	<input type="text"/>	Stärke (z.B. 10mg)	<input type="text"/>	Wie oft am Tag	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Stärke	<input type="text"/>	Wie oft am Tag	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Stärke	<input type="text"/>	Wie oft am Tag	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Stärke	<input type="text"/>	Wie oft am Tag	<input type="text"/>