

Guten Morgen,

Ihr/e Frauenarzt/ärztin hat Sie hierher überwiesen, damit Ihr Zuckerstoffwechsel überprüft wird. Dies geschieht mit einem Zucker-Belastungstest. Hierbei trinken Sie auf nüchternen Magen eine Lösung mit genau 75g Zucker (Glukose). Ihr Blutzucker wird vorher, 1 Stunde und 2 Stunden danach überprüft. In dieser Zeit dürfen Sie die Praxis nicht verlassen, nicht rauchen und nicht essen. Nach Abschluss des Testes werden wir das Ergebnis sofort mit Ihnen besprechen, dann dürfen Sie auch frühstücken und etwas trinken. Während Sie warten, beantworten Sie uns bitte noch ein paar Fragen, so gut Sie können.

Wann ist der errechnete Geburtstermin ihres Kindes?	_____ . _____ . _____		
Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckertest durchgeführt, bei dem Sie einen süßen Saft getrunken haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
- der Kleinen-Test (mit 50g Glukose)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	_____ mg/dl
- oder der „Große“ mit 3 Werten: vorher/nach 60min/nach 120min?	vor _____ / n. 60_____ n. 120_____ mg/dl		
- wo wurde dieser „Große“ 3-Werte-Test durchgeführt?			
Bitte nennen Sie Ihre Größe & Gewicht <u>VOR</u> der Schwangerschaft:			cm                      kg
Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?	Die _____ Schwangerschaft.		
Wie viele Kinder haben Sie?	Anzahl:		
Falls Sie bereits Kinder haben:			
- Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen?			_____ g
- Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bei JA, welche?			
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?                      Ja <input type="checkbox"/> Zigaretten pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit:		Nein <input type="checkbox"/>
Welche ist Ihre Muttersprache?			
Wie sind Ihrer Sprachkenntnisse in Deutsch?	Gut <input type="checkbox"/> oder benötigen Sie einen Dolmetscher <input type="checkbox"/>		
Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erwarten Sie Mehrlinge (z.B. Zwillinge, Drillinge etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Metformin eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bei JA, welche?			
Sind bei Ihnen andere Krankheiten o. gesundheitliche Probleme bekannt?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei JA, welche:			
In welcher Klinik werden Sie entbinden?	noch nicht entschieden <input type="checkbox"/>		
Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin?	Und wer Ihr Frauenarzt/-ärztin?		
Wie oft in der Woche machen Sie Sport?	An _____ Tag/en in der Woche		
Sind Sie zurzeit berufstätig?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Sie sind erreichbar unter der Telefonnummer:	Mobil:		