



Gestationsdiabetes/ Diabetes-Schwangerschaft

Name: _____ Vorname: _____

Tel.: _____

Name des Gynäkologen: _____ Name des Hausarztes: _____

Größe: _____ aktuelles Gewicht: _____

Sind Sie infektfrei? Ja Nein

Haben Sie die letzten 12 Std. nichts gegessen/getrunken? Ja Nein

Ist in der Familie Diabetes bekannt?

wenn ja, wer? _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

Erwarten Sie Mehrlinge? Ja Nein

Errechneter Geburtstermin Ihres Kindes? ___ / ___ / ___

In welchem Krankenhaus soll entbunden werden? _____

Möchten Sie stillen? Ja Nein

Die wievielte Schwangerschaft ist diese? _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

falls bereits Kinder:

-Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen? _____ kg

-gab es Probleme während/nach der Geburt? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Ja Nein

falls ja, wann? _____

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure genommen? Ja Nein

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin genommen? Ja Nein

Nehmen Sie sonst noch regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

wennja,

welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Alkohol? Ja Nein

Bestehen Allergien bei Ihnen?

falls ja, welche: _____

Sind Vorerkrankungen bekannt?

Wenn ja, welche: _____