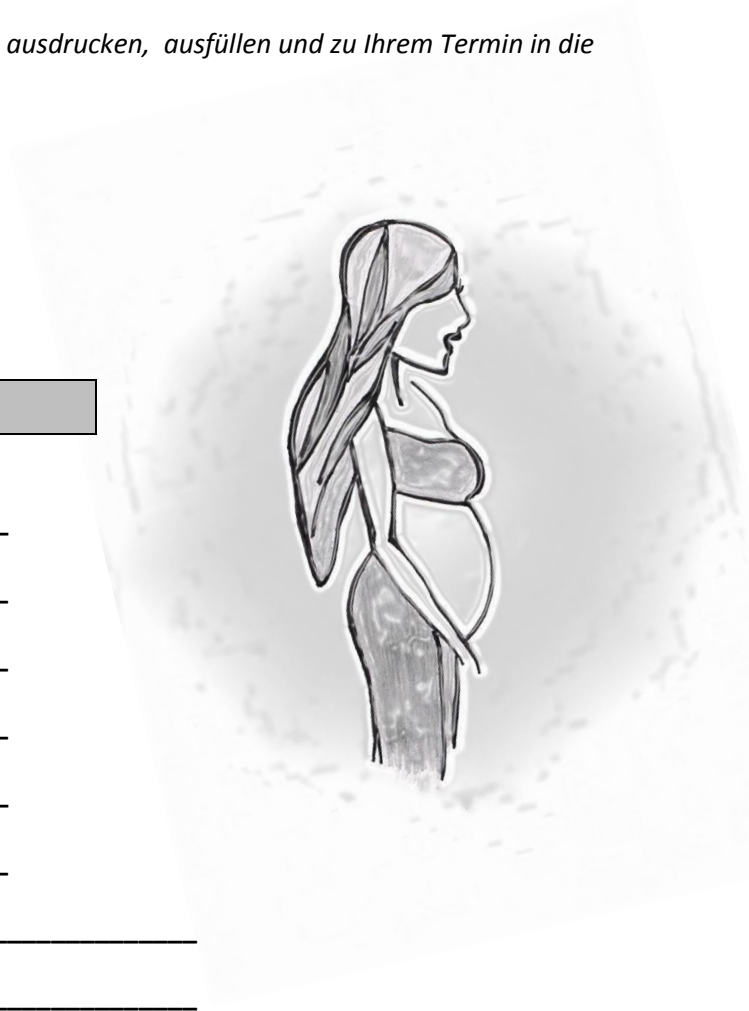


Liebe Patientin,

es wäre sehr hilfreich, wenn Sie diesen Anamnesebogen vorab ausdrucken, ausfüllen und zu Ihrem Termin in die Praxis mitbringen könnten.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam



**Persönliche Daten**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Anamnese**

Körpergröße \_\_\_ m

Gewicht vor der Schwangerschaft \_\_\_ kg

Aktuelles Gewicht \_\_\_ kg

**In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich und wann ist der errechnete Entbindungstermin?**

\_\_\_\_\_ SSW

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Besonderheiten während der Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/> ja, folgende	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie bereits Kinder?							
<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> nein			
m	w	Geburtsjahr	Geburtsgewicht (g)	Größe (cm)	Entbindungswoche	Geburtsart (Kaiserschnitt, Spontan)	Gestationsdiabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Frühere Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche ?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Jahr	in Schwangerschaftswoche	Fehlgeburt	Schwangerschaftsabbruch
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es Diabetes in der Familie?	
Wer? (Oma/Opa, Vater/Mutter, Bruder/Schwester)	Diabetes Typ (falls bekannt)

Diagnostik und Befunde		
Haben oder hatten Sie jemals eine Erkrankung von....		
		Falls ja, Art der Erkrankung
Herz und Kreislauf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Niere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leber	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Blut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stoffwechselerkrankungen z.B.: Schilddrüse, Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**Wurde bei Ihnen bereits ein Glukosetoleranztest durchgeführt?**
 ja
  50g Glukose-Test
  75g Glukose-Test
  nein
**Wurden schon vor der Schwangerschaft erhöhte Blutzuckerwerte gemessen?**
 ja
  nein
**Messen Sie Ihren Blutzucker bereits selbst?**
 ja \_\_\_ mal täglich
  nein
**Haben Sie ein Blutzuckermessgerät?**
 ja, Marke/Modell
  vorgelegt
  nein
**Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?**
 ja
  vorgelegt
  nein
**Medikation****Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wie oft?**

Medikament (mg) und Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**Hier finden Sie Raum für Bemerkungen :**
