



Fragebogen Gestationsdiabetes

Liebe Patientin, lieber Patient,

Vorname, Name	Geburtsdatum
---------------	--------------

für eine optimale Betreuung bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen.

Diabetes mellitus Typ?	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> andere Form
Seit wann (Erstdiagnose)?/...../.....
Seit wann nehmen Sie Medikamente für Diabetes ein?	
Derzeitige Schwangerschaftswoche?SSW
Errechneter Geburtstermin?/...../.....

Nehmen Sie Medikamente für Diabetes ein? nein ja, folgende:

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts



Spritzen Sie Insulin? nein ja, folgende:

Insulin	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften (Gravidität)?
Bestand dabei die Diagnose eines Gestationsdiabetes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anzahl der Geburten (Para)?
Geburtsgewicht der Kinder bei vorheriger Schwangerschaft?
Hatten Sie Mehrlingsgeburten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Totgeburten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fehlbildungen bei Kinder aus früheren Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist bereits ein 50g Zuckerbelastungstest beim Frauenarzt durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> ja → BZ-Wert nach 1 Stunde:(Grenzwert >134 mg/dl) <input type="checkbox"/> nein	
Wurde bereits in 75g Zuckerbelastungstest durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann?/...../..... Ergebnis? Venöse BE „0min“: mg/dl Venöse BE „60min“: mg/dl Venöse BE „120min“: mg/dl	
Ihr HbA1c-Wert?	mg/dl mmol/mol
Welche weiteren Krankheiten sind bei Ihnen bekannt bzw. nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette <input type="checkbox"/> Polyzystisches Ovarsyndrom <input type="checkbox"/> andere Krankheiten	
Weitere Medikamente:	



Wann war die letzte Augenkontrolle?	
<input type="checkbox"/> unauffällig	
<input type="checkbox"/> Netzhautschäden Ergebnis:	
Haben Sie bereits Erfahrung mit Blutzuckerselbstmessung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Messen Sie bereits Ihren Blutzucker selbst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, mit welchem Gerät?	
Wie oft messen Sie?/Tag/Woche
Ist Diabetes bei Ihnen in der Familie bekannt? Bei wem, in welchem Alter und welcher Typ?	
Familienstand	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner/Ehepartner <input type="checkbox"/> Kinder/Angehörige im Haus
Beruf	
Hobbys	
Sport	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wieviel / Tag
	Seit welchem Lebensjahr?
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Wie viel? Was?

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------