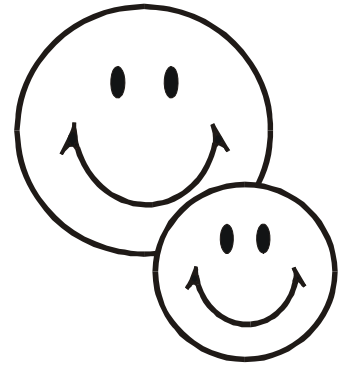


Name _____

Sehr geehrte Patientin,

heute wird in einem Zucker-Belastungstest überprüft, wie hoch Ihr Blutzucker ansteigt. Erhöhte Blutzuckerwerte werden als Gestationsdiabetes („Schwangerschaftsdiabetes“) bezeichnet. Schon leicht erhöhte Werte können eine Gefahr für die Entwicklung Ihres Kindes darstellen.

Das Risiko Ihres Kindes hängt jedoch nicht nur von Ihren Blutzuckerwerten ab; deshalb benötigen wir von Ihnen weitere Informationen, um Sie individuell beraten und vielleicht behandeln zu können. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Zum Teil kann Ihnen der Mutterpass weiterhelfen. Oder fragen Sie uns!



Fragebogen zum Gestationsdiabetes

Fragen zu Ihrer Person

	ja	nein
Alter? _____ Jahre		
Gibt es Diabetes-Erkrankungen in Ihrer (direkten) Verwandtschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körpergröße? _____ cm		
Gewicht vor der Schwangerschaft? _____ kg		
Leiden Sie an häufigen Harnwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zur aktuellen Schwangerschaft

Welches war der letzte Tag Ihrer Periode? _____		
Ist die Fruchtwassermenge vermehrt (Hydramnion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind für das Schwangerschaftsalter zu groß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind für das Schwangerschaftsalter zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Fehlbildungen bei Ihrem Kind diagnostiziert oder vermutet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche? _____		
Traten häufige Infektionen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zu früheren Schwangerschaften

Trat früher schon einmal ein Gestationsdiabetes auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
War dieser Gestationsdiabetes mit Insulin behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
War früher ein Kaiserschnitt notwendig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Ihre Kinder bei der Geburt größer als normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburtsgewicht(e): _____ g		
Hatten Sie Tot- oder Fehlgeburten (Abort)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
War die Fruchtwassermenge vermehrt (Hydramnion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde ein erhöhter Blutdruck, Eiweiß im Urin festgestellt (Präeklampsie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten häufige Infektionen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unterschrift _____