



Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Heutiges Datum _____

Sehr geehrte Patientin,
wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Frauenarzt anderer Arzt Bekannte Sonstige: _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? Nein Ja

Wo? Frauenarzt Sonstige: _____

Kennen Sie das Ergebnis? Blutzucker nüchtern ____ / nach 1 h ____ / nach 2 h ____

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____ SSW

Ihr errechneter Entbindungstermin ist der _____

Wo ist die Entbindung geplant? _____

Gibt es Komplikationen in der Schwangerschaft? Nein Ja, _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Nein Ja, ____ mal, zuletzt _____

Haben Sie bereits Kinder? Nein Ja, ein Kind Ja, ____ Kinder

Kennen Sie das Geburtsgewicht Ihrer Kinder? Wenn ja: In welcher SSW haben Sie entbunden? _____ g (____ SSW); _____ g (____ SSW); _____ g (____ SSW)

Wurde schon einmal ein erhöhter Blutzucker-Wert gemessen? Nein Ja

Haben Sie ein Blutzucker-Messgerät? Nein Ja der Name ist: _____

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt? _____

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihr Körpergewicht: aktuell _____ kg

Rauchen Sie? Nie Ex-Raucher ca. ____ Zigaretten am Tag Sonstige

Trinken Sie Alkohol? Nie gelegentlich täglich

Was machen Sie beruflich? _____

Wer kocht in Ihrem Haushalt? selbst Partner übrige: _____

Sind Allergien gegen Nahrungsmittel bekannt? Nein Ja

Dr. med. **Winfried Keuthage**

Diabetologe DDG Ernährungsmethodik
Verkehrsmethodik Fußambulanz DDG

**Schwerpunktpraxis
für Diabetes und
Ernährungsmethodik**



Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name Stärke (z.B. 10 mg) Wie oft am Tag?

Telefonnummer: privat dienstlich mobil

Telefonnummer von Familienangehörigen:

E-Mail-Adresse: @

\\SERVER\Daten\Eigene Dateien\Ausdruckvorlagen 2015_Jun_08\Diabetes mellitus Gestation\
Gestationsdiabetes_Anamnesebogen vor Geburt mW 2017_Jul_07 thsc

zertifiziert nach
DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft



Qualitätsmanagement
nach DIN EN ISO 9001:2008
Telefon: 0251 - 777 5 888
Telefax: 0251 - 777 5 811

MedicalCenter am Clemenshospital
Düesbergweg 128 | 48153 Münster
info@diabetes-praxis-muenster.de
www.diabetes-praxis-muenster.de

