

**Lieber Patient,**

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen mit:

Versicherungskarte, Überweisung, ausgefüllter Fragebogen  
Wenn vorhanden: Medikamentenplan, Labor- und Blutdruckwerte

**Bitte beachten sie unsere Information zum Zuckerbelastungstests (OGTT)**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

## **Informationen zum Zuckerbelastungstest (OGTT)**

Der orale Glukosetoleranztest (OGTT) zeigt, wie stark und wie lange der Blutzucker nach Trinken einer definierten Zuckerlösung steigt. Im Test wird die Fähigkeit des Körpers überprüft, Zucker abzubauen.

### **Der Zuckerbelastungstests wird durchgeführt:**

- bei Verdacht auf Diabetes mellitus Typ 2
- in der Schwangerschaft
- bei Kinderwunsch

### **Voraussetzung für den Zuckerbelastungstests:**

- keine akute Erkrankung
- normale Ess- und Trinkgewohnheiten mit ausreichend Kohlenhydraten in den letzten 3 Tagen vor dem Test
- am Vorabend vor dem Test ab 22:00 Uhr Einhalten einer Nüchtern Periode von mindestens 8 Stunden
- keine außergewöhnliche körperliche Belastung vor und am Tag des Tests.

### **Am Tag des Zuckerbelastungstests:**

- der Test muss vor 09:00 Uhr beginnen
- nüchtern erscheinen (kein Frühstück nur Wasser oder zuckerfreier Kaffee oder Tee)
- keine Medikamente mit dem Wirkstoff Cortison einnehmen
- vor und während des Tests nicht rauchen
- während des Test in der Praxis verbleiben
- vor und während des Tests nicht stillen

### **Der Ablauf des Zuckerbelastungstests:**

- vor Testbeginn wird die Blutglukose gemessen
- 75 g wasserfreie Glukose gelöst in 300 ml Wasser schluckweise innerhalb von 3-5 Minuten trinken
- erneute Zuckermessungen nach ein und zwei Stunden nach Einnahme der Glukoselösung

**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!

**Wann und wo war die letzte Blutentnahme?** \_\_\_\_\_  
**Wie ist Ihr letzter HbA1c-Wert:** \_\_\_\_\_ % (Datum \_\_\_\_\_ )

**Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?** \_\_\_\_\_  
**Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?**  
o Frauenarzt o anderer Arzt o Bekannte o Sonstige: \_\_\_\_\_

**In welchem Jahr wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker gemessen:** \_\_\_\_\_  
**Seit wann nehmen Sie Diabetes-Tabletten:** \_\_\_\_\_  
**Spritzen Sie Insulin? Wenn, ja seit wann?** \_\_\_\_\_  
**Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein Blutzucker-Messgerät?** o Nein o Ja der Name ist: \_\_\_\_\_  
**Wie oft messen Sie den Blutzucker?** \_\_\_\_\_/pro Tag \_\_\_\_\_/pro Woche  
**Schreiben Sie Ihre Blutzucker-Werte auf?** o Nein o Ja  
**Haben Sie ein Blutzucker-Tagebuch?** o Nein o Ja, zuhause o Ja, dabei

**Haben Sie an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?** o Nie o Ja, zuletzt \_\_\_\_\_  
**Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?** o Nie o Ja zuletzt \_\_\_\_\_  
**Sind Sie ins DMP eingeschrieben:** o Nein o Ja o geplant o weiß nicht  
**Haben Sie den Gesundheitspass Diabetes:** o Nein o Ja, zuhause o Ja, dabei

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?**

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

**Falls Sie Insulin spritzen:**

Name des Insulins	Uhrzeit	Insulin-Einheiten?
-------------------	---------	--------------------

**Seit wann nehmen Sie Blutdrucktabletten?**  noch nie  seit \_\_\_\_ Jahren  
**Haben Sie ein Blutdruckmessgerät?**  Nein  Ja (Oberarm)  Ja (Handgelenk)  
**Schreiben Sie Ihre Blutdruck-Werte auf?**  Nein  Ja

**Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am:** \_\_\_\_\_  
**Der nächste Besuch beim Augenarzt ist geplant für:** \_\_\_\_\_  
**Sind diabetesbedingte Augenschäden bekannt?**  Nein  Ja

**Wie oft wechseln Sie die Nadel Ihrer Stechhilfe?** \_\_\_\_\_  
**Wie oft wechseln Sie die Nadeln Ihres Pens?** \_\_\_\_\_

**Von welchen Ärzten wurden Sie zuletzt behandelt?**

Hausarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_  
Augenarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_  
Kardiologe  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_  
Nierenarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_

**Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt?**

\_\_\_\_\_

**Ihre Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm  
**Ihr Körpergewicht:** aktuell \_\_\_\_\_ kg

**Anzahl der Unterzuckerungen im Monat:** ca. \_\_\_\_\_

**Wer pflegt Ihre Füße?**  Sie selbst  Familie  Med. Fußpflege  Podologin \_\_\_\_\_  
**Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihren Füßen?**  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  Nie  \_\_\_\_\_ mal pro Woche

**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: \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

**Telefonnummer von Familienangehörigen:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_