

**Liebe Patientin,**

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!

**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

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