

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: _____ @ _____