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

Quelle: Leitlinienvorschlag der DDG zum GDM 02/2011 S.23 ff.

Anamnesebogen bei Kinderwunsch/PCOS

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heutiges Datum _____

Beruf _____

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

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

_____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

O Gynäkologe O anderer Arzt O Bekannte O Sonstige: _____

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? o Nein o Ja
Wo? o Gynäkologe o Sonstige:_____
Kennen Sie das Ergebnis? Blutzucker nüchtern ____ / nach 1 h ____ / nach 2 h ____

Waren Sie schon einmal schwanger? o Nein o Ja, ___mal, zuletzt_____
Haben Sie bereits Kinder? o Nein / o Ja ___Kinder

Kennen Sie das Geburtsgewicht Ihrer Kinder? o Nein / o Ja

Besteht aktuell ein Kinderwunsch? o Nein o Ja

Wenn ja, sind Sie in einer Kinderwunschklinik in Behandlung? o Nein o Ja ____

Haben Sie regelmäßigen Zyklus? o Nein o Ja, ___mal, zuletzt_____

Sind Ihnen schon mal folgende Veränderungen aufgefallen?
Veränderungen der Haut o Nein o Ja
Vermehrter Haarausfall o Nein o Ja
Vermehrte Körperbehaarung o Nein o Ja

Ist bei Ihnen in der Familie Diabetes mellitus bekannt? o Nein o Ja, bei_____

Haben Sie ein Blutzucker – Messgerät? o Nein o Ja

Sind chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?
Schilddrüsenerkrankung o Nein o Ja_____
Depressionen o Nein o Ja_____
Allergien o Nein o Ja_____

Wie hat sich Ihr Gewicht seit der Pubertät entwickelt? _____

_____

Haben Sie schon mal versucht, Ihr Gewicht zu reduzieren? Bitte auch konkrete Maßnahmen nennen. o Nein o Ja

Möchten Sie aktuell an Ihrem Gewicht was verändern? o Nein o Ja

Wunschgewicht: _____kg

Wie können wir Sie dabei unterstützen? _____

Treiben Sie Sport? o Nein o Ja, _____ mal/ Woche

Könnten Sie sich vorstellen, mehr Bewegung in Ihren Alltag

zu integrieren? o Nein o Ja

Rauchen Sie? o Nie o Ex – Raucher o ca. ____Zig/ Tag

Trinken Sie Alkohol? o Nie o gelegentlich o täglich

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

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