

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: _____ @ _____