

Anamnese Schwangerschaftsdiabetes

Name: _____ Geb.Datum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gynäkologe: _____

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____

Wann ist Ihr errechneter Entbindungstermin? _____

Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? ja nein

Wenn nein:

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie bisher?

Hatten Sie bereits in einer vorherigen Schwangerschaft einen Schwangerschaftsdiabetes?

ja, bei insgesamt _____ nein _____

Bestanden Probleme in einer oder mehreren der Schwangerschaft/en?

Bitte geben Sie den Geburtstag und das Geburtsgewicht Ihres Kindes oder Kinder an

Geburtstag: _____ Gewicht: _____

Geburtstag: _____ Gewicht: _____

Geburtstag: _____ Gewicht: _____

Geburtstag: _____ Gewicht: _____

Wie schwer waren Sie - in etwa - vor der jetzigen Schwangerschaft? _____ kg

Wie ist ihr aktuelles Gewicht? _____ kg

Wie groß sind Sie: _____ cm

Leidet in Ihrer Familie jemand an Diabetes?

ja nein

Nehmen Sie zusätzlich Schwangerschaftsvitamine ein (z.B. Folio forte®, Femibion®, ...)?

ja, und zwar _____ nein _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja, und zwar _____ nein _____