Patientenfragebogen Schwangerschaftsdiabetes / Gemeinschaftspraxis Hamm

Name:				
Beruf:				
Name des Gynäkologen/der Gynäkologin				
Name des Hausarztes/Hausärztin				
Rauchen Sie?	Nein □ Ja □			
In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell?				
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie bisher?				
Gab es Auffälligkeiten in vorangegangenen Schwangerschaften?	Nein □ Ja □ wenn ja, welche?			
Wurde bei Ihnen ein Blutzuckerbelastungstest (OGT) durchgeführt?	Nein □ Ja □			
Wenn ein OGT gemacht wurde, wann war das?				
Von wem wurde der OGT durchgeführt?				
Wie waren die Werte des Blutzuckerbelastungstest (OGT)?	Nüchtern	Nach 1 Stunde	Nach 2 Stunden	
Wie viele Kinder haben Sie ?				
Wie war das Geburtsgewicht der Kinder?				
Haben Sie Erkrankungen?	Nein □ Ja □ wenn ja, welche?			
Haben Sie aktuell Beschwerden?	Nein □ J a□ wenn ja, welche?			
Nehmen Sie Medikamente?	Nein □ Ja □			
Name des Medikament	morgens	mittags	abends	spät
Haben Sie Allergien?	Nein □ Ja □ wenn ja welche?			
Notizen:				