

Guten Morgen,

während Sie warten beantworten Sie uns bitte ein paar Fragen, so gut Sie können.

Wann ist der errechnete Geburtstermin ihres Kindes? _____ . _____ . _____			
Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckertest durchgeführt, bei dem Sie einen süßen Saft getrunken haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
- der Kleinen-Test (mit 50g Glukose)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	_____ mg/dl
- oder der „Große“ mit 3 Werten: vorher/nach 60min/nach 120min?	vor _____ / n. 60_____ n. 120_____ mg/dl		
- wo wurde dieser „Große“ 3-Werte-Test durchgeführt?			
Bitte nennen Sie Ihre Größe & Gewicht <u>VOR</u> der Schwangerschaft:		cm	kg
Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?	Die _____ Schwangerschaft.		
Wie viele Kinder haben Sie?	Anzahl:		
Falls Sie bereits Kinder haben:			
- Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen?	_____ g		
- Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bei JA, welche?			
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Zigaretten pro Tag: <input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit:	Nein <input type="checkbox"/>
Welche ist Ihre Muttersprache?			
Wie sind Ihrer Sprachkenntnisse in Deutsch?	Gut <input type="checkbox"/> oder benötigen Sie einen Dolmetscher <input type="checkbox"/>		
Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erwarten Sie Mehrlinge (z.B. Zwillinge, Drillinge etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Metformin eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bei JA, welche?			
Sind bei Ihnen andere Krankheiten o. gesundheitliche Probleme bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Bei JA, welche:			
In welcher Klinik werden Sie entbinden?	noch nicht entschieden <input type="checkbox"/>		
Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin?	Und wer Ihr Frauenarzt/-ärztin?		
Wie oft in der Woche machen Sie Sport?	An _____ Tag/en in der Woche		
Sind Sie zurzeit berufstätig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sie sind erreichbar unter der Telefonnummer:	Mobil:		

Danke für Ihre Hilfe! Ihr Praxisteam