Guten Morgen,

Ihr/e Frauenarzt/ärztin hat Sie hierher überwiesen, damit Ihr Zuckerstoffwechsel überprüft wird. Dies geschieht mit einem
Zucker-Belastungstest. Hierbei trinken Sie auf nüchternen Magen eine Lösung mit genau 75g Zucker (Glukose). Ihr Blutzucker wird vorher, 1 Stunde und 2 Stunden danach überprüft. In dieser Zeit dürfen Sie die Praxis nicht verlassen, nicht rauchen und nicht essen. Nach Abschluss des Testes werden wir das Ergebnis sofort mit Ihnen besprechen, dann dürfen Sie auch frühstücken und etwas trinken. Während Sie warten, beantworten Sie uns bitte noch 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 ❑ | Nein ❑ | Unbekannt ❑ |
| * der Kleinen-Test (mit 50g Glukose)?
 | Ja ❑ | Nein ❑ | \_\_\_\_\_\_\_\_ 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 VOR 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?

Bei JA, welche? | Ja ❑ | Nein ❑ |
| Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? | Ja ❑  | Nein ❑ | Unbekannt ❑ |
| Rauchen Sie?  | Ja ❑ Zigaretten pro Tag:  | ❑ Ex-Raucher seit: |  Nein ❑ |
| Welche ist Ihre Muttersprache? |  |
| Wie sind Ihrer Sprachkenntnisse in Deutsch? | Gut ❑ oder benötigen Sie einen | Dolmetscher ❑ |
| Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor? | Ja ❑ | Nein ❑ |
| Erwarten Sie Mehrlinge (z.B. Zwillinge, Drillinge etc.)? | Ja ❑  | Nein ❑ |
| Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? | Ja ❑  | Nein ❑ | Weiß ich nicht ❑ |
| Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? | Ja ❑  | Nein ❑ | Weiß ich nicht ❑ |
| Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein?  | Ja ❑ |  Nein ❑ |
| Bei JA, welche? |  |
| Sind bei Ihnen andere Krankheiten o. gesundheitliche Probleme bekannt?  |  |  Ja ❑ | Nein ❑ |
| Bei JA, welche: |  |  |  |
| In welcher Klinik werden Sie entbinden? | noch nicht entschieden ❑ |
| 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 ❑ |  Nein ❑ |
| Sie sind erreichbar unter der Telefonnummer: | Mobil: |  |  |