



DIABETOLOGIE INNERE MEDIZIN

IN DER GOETHESTRASSE

Dr. med. Jan Gewaltig
Goethestraße 1
47441 Moers

Tel. 02841 - 25688
Fax 02841 - 178423

info@diabetes-moers.de
diabetesberatung@diabetes-moers.de
www.diabetes-moers.de

Aufnahmebogen für Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-mail _____

Hausarzt _____

Frauenarzt _____

Gewicht _____ kg

Gewicht vor der Schwangerschaft _____ kg

Größe _____ cm

Schwangerschaftswoche _____

Die wievielte Schwangerschaft ist es? _____

War bisher Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bei Ihnen bekannt?

nein ja, seit _____

Wurde in einer früheren Schwangerschaft ein Diabetes festgestellt?

nein ja, wann _____

Sind in Ihrer Schwangerschaft bisher Probleme aufgetreten?

nein ja, welche: _____

Nehmen Sie Zuckertabletten ein? ja nein

Wenn ja, welche, welche Dosis und wie viele täglich? _____

Spritzen Sie Insulin? nein ja, seit _____

Insulinnamen und Dosis: _____

Haben Sie viel Durst müssen Sie häufig zur Toilette?

Bitte wenden

Ist in Ihrer Familie bereits Diabetes mellitus bekannt? ja nein

Wenn ja: Mutter Vater Geschwister Großeltern

Rauchen Sie? ja, wie viele? _____ nein

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? _____

Haben/hatten Sie folgende Krankheiten/Ereignisse?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Erkrankungen am Herzen/an den Gefäßen |
| <input type="checkbox"/> Bypass-OP | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette/erhöhte Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Stent-Einlage | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Daten an ärztliche Kollegen und Kolleginnen einverstanden. Bei gewünschtem E-Mail-Kontakt bin ich mir bewusst, dass der Inhalt durch Cyber-Kriminalität missbraucht werden kann. Ich bin damit einverstanden eine Recall-SMS zu erhalten. Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen! Widerruf jederzeit möglich!

Moers, den _____ Unterschrift _____