

Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
mit Schwerpunkt Diabetologie Schweitzer / Windhövel
Münchener Straße 36
91567 Herrieden
Tel: 09825/5660, Fax: 09825/1750

www.aerzte-herrieden.de



Liebe Patientin, lieber Patient,

mit Ihrem Einverständnis würden wir Sie bitten, Ihre Krankengeschichte in diesem Anamnesebogen einzutragen. Dies dient zur Vereinheitlichung und rascheren Diagnosesicherung. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden Ihren Unterlagen beigelegt und im Computer gespeichert. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Persönliche Daten:

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum: _____
Telefon _____ Mobil _____
Gynäkologe/in: _____ Hausarzt: _____

ANAMNESEBOGEN GESTATIONSDIABETES (Schwangerschaftsdiabetes):

Derzeitige Schwangerschaftswoche: ____ SSW
Errechneter Geburtstermin: ____/____/____
Diabetes Mellitus Typ 1 2 Gestationsdiabetes seit _____
Nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes? _____
Nehmen Sie Insulin? _____
Anzahl der früheren Schwangerschaften: ____
Bestand dabei die Diagnose Gestationsdiabetes nein ja
Anzahl der Geburten: _____
Geburtsgewicht der Kinder bei vorheriger Schwangerschaft: _____
Hatten Sie Mehrlingsgeburten: Ja Nein
Frühere Totgeburten Ja Nein
Fehlbildungen bei Kindern aus früheren Schwangerschaften Ja Nein
Wurde bereits ein 50g oraler Glucose-Toleranztest durchgeführt Ja Nein
Wenn ja, wann: ____/____/____ Einstundenwert: ____
Wurde bereits ein 75g oraler Glucose-Toleranztest durchgeführt Ja Nein
Wenn ja, wann: ____/____/____

Vegetative Anamnese

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja _____/Tag nein

Rauchen Sie? ja _____/Tag nein

Allergien: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ Gewicht aktuell: _____

Körpergröße: _____ cm

Ort: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____