



Anamnesebogen

Diabetes und Schwangerschaft

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus.

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Hobbies: _____ Größe/Gewicht (vor SS): _____ cm _____ kg

Schwangerschaftswoche: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Vorausgegangene Fehlgeburten: _____ Anzahl Kinder: _____

Name des Kindes	Geburtsdatum	Größe (bei Geburt)	Gewicht (bei Geburt)

Sind Sie **Autofahrerin**? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Treiben Sie **Sport**? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Bewegen Sie sich regelmäßig? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Trinken Sie **Alkohol**? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Bitte geben Sie Ihre **Allergien** an: _____

Wer ist Ihr **Gynäkologe**? _____

Wer ist Ihr **Hausarzt**? _____



Ist bei Ihnen bereits ein **Diabetes** diagnostiziert worden?

nein Schwangerschaftsdiabetes Typ1 Typ 2

Wenn ja:

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? ja nein

Spritzen Sie Insulin? ja nein

Messen Sie Ihre Blutzuckerwerte? ja nein

Tritt in Ihrer **Familie Diabetes** auf? ja nein

Wenn ja, bei welchen Angehörigen? _____

Haben Sie andere **Erkrankungen**?

Bluthochdruck Hohe Blutfettwerte
Polycystisches Ovarsyndrom Sonstige _____

Operationen: _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente mit Ihrer Dosis und dem Zeitpunkt der Einnahme in die Tabelle ein oder legen Sie uns eine Medikamentenliste Ihres Hausarztes vor.

Name der Medikamentes	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht