

Internisten – Diabetologen
Ernährungsmedizin – Fachkunde Verkehrsmedizin
Diabetologische Schwerpunktpraxis
Diabetes Fussambulanz

Parkstraße 26
24534 Neumünster
Tel: 04321 – 82611
Fax: 04321 – 499650
Praxis@diabeteszentrum-
neumuenster.de



Fragebogen für neue Gestationsdiabetikerinnen:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Frauenärztin/Frauenarzt: _____ Krankenkasse: _____

In der wievielten Schwangerschaftswoche befinden Sie sich: _____

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister) Diabetiker? Nein / Ja, bei _____

Gab es bei früheren Schwangerschaften Komplikationen (z.B. Fehlgeburten)?

Nein / ja: wann: _____ was: _____

Haben Sie bereits Kinder bekommen?

1. Kind Datum: _____ Geburtsgewicht: _____ g; Größe: _____ cm

2. Kind Datum: _____ Geburtsgewicht: _____ g; Größe: _____ cm

3. Kind Datum: _____ Geburtsgewicht: _____ g; Größe: _____ cm

4. Kind Datum: _____ Geburtsgewicht: _____ g; Größe: _____ cm

Hatten Sie während einer früheren Schwangerschaft Schwangerschaftsdiabetes?

Nein / Ja, bei _____ Behandlung mit Diät / Insulin? _____

Wieviel haben Sie vor Eintritt der jetzigen Schwangerschaft gewogen? _____ kg

Haben Sie zusätzliche Erkrankungen?

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Bitte lassen Sie uns diese Liste baldmöglichst zukommen, mit einem Überweisungsschein vom Gynäkologen + Laborwerte (kleiner oder großer Zuckertest!) Gerne auch per Mail.