



Diabeteszentrum Bingen
Hans-Joachim Herrmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe DDG

→ Praxispersonal Etikett eindrucken

Anamnesebogen Gestationsdiabetes

Datum: _____

Persönliche Daten

Telefonnummer: _____

Email: _____

Medizinische Anamnese:

Hausarzt: _____ Gynäkologe: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Blutdruck: _____ mmHg

Allergien: _____

Glucose (mit Hämocue): _____ mg/dl HbA1c: _____ %

Urin: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

BMI vor der Schwangerschaft: _____

Schwangerschaftswoche: _____ Entbindungstermin: _____

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet in Partnerschaft lebend ledig getrennt

Berufliche Tätigkeit: _____ letzter Arbeitstag: _____

Sind in der Verwandtschaft Diabeteserkrankungen bekannt?

nein ja Bei wem (Verwandtschaftsgrad)? _____



Eigenanamnese:

Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? nein ja

Wenn nein, Geburtsgewicht und Geschlecht des/der anderen Kind/er:

Hatten Sie in der/den vorherigen Schwangerschaft/en Auffälligkeiten?

nein ja Welche? _____

Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? nein ja Wann? _____

Wann war der letzte Ultraschalltermin? _____ Befund: _____

Wurde bei Ihnen ein Zuckerbelastungstest (OGTT) durchgeführt? nein ja

Wenn ja, bei wem und wie hoch waren die Werte? _____

Liegen andere Erkrankungen vor? nein ja Welche? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja Welche? _____

Rauchen Sie? nein ja Wann? _____

Machen Sie oder haben Sie vor der Schwangerschaft regelmäßig Sport betrieben?

nein ja

Art und Dauer des Sportes: _____

Messen Sie regelmäßig Ihren Blutzucker? nein ja

Wenn ja, Werte nüchtern: _____ nach dem Essen: _____

Ernährungsanamnese:

Welche Mahlzeiten essen sie regelmäßig?

Frühstück Zwischenmahlzeit Vormittags Mittagessen

Zwischenmahlzeit Nachmittags Abendessen Spätmahlzeit



Diabeteszentrum Bingen
Hans-Joachim Herrmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe DDG

Hat sich Ihre Ernährung in der Schwangerschaft geändert? nein

ja Wie? _____

Wie sieht Ihre Ernährung an einem durchschnittlichen Tag aus?

Mahlzeiten	Menge/Lebensmittel
Frühstück	
ZMZ	
Mittagessen	
ZMZ	
Abendessen	
Spät-MZ	

Welche Getränke und in welcher Menge nehmen Sie am Tag zu sich?

Trinken Sie Alkohol? nein ja Wie viel? _____