

Anamnesebogen „Schwangerschaftsdiabetes“ der Diabetespraxis-Kiel

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Für die Terminvergabe benötigen wir zumindest Angaben bei den unterstrichenen Fragen. Die weiteren Fragen können sie bis zum Termin ausfüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Familienstand:

Kinder:

Hausärztliche Behandlung bei:

Gynäkologische Betreuung bei:

Errechneter Geburtstermin:

Grund der Vorstellung:

Wurde bereits ein 75g-Test durchgeführt? _____ Ja _____ Nein

Falls ja, geben sie bitte die Werte an: nüchtern _____ mg/dl, 60 Min _____ mg/dl, 120 Min _____ mg/dl

Bestehen Risikofaktoren (s. Mutterpass):

Sind Sie berufstätig? _____ Ja _____ Nein

Beruf:

Treiben Sie Sport? _____ Ja _____ Nein

Falls ja, was und wie oft?

Rauchen Sie? Ja _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren. Nein Seit _____ Jahren nicht.

Anamnesebogen „Schwangerschaftsdiabetes“ der Diabetespraxis-Kiel

Größe: Gewicht vor der Schwangerschaft: Aktuelles Gewicht:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, was nehmen Sie und in welcher Dosierung?
(Falls Sie einen Medikamentenplan schicken, brauchen Sie nichts einzutragen)

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät Ja Nein

Falls ja, welches?

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes? Ja Nein

Falls ja, wer? Welcher Typ?

Folge- und Begleiterkrankungen:

Letzte Zahnkontrolle?

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Besteht ein Bluthochdruck? Ja Nein
Haben Sie weitere Erkrankungen?

Anamnesebogen „Schwangerschaftsdiabetes“ der Diabetespraxis-Kiel

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Zusätzlich zur oben angegebenen Einwilligung zur Datenspeicherung gebe ich mein Einverständnis, dass die Diabetespraxis Kiel im Rahmen der Qualitätssicherung den Arztbrief der Geburtsklinik anfordern darf.

Ort:

Datum:

Unterschrift: