

Patientinnenfragebogen Gestationsdiabetes

Name:

Vorname:

Datum:

Emailadresse:

Mit Angabe der Emailadresse erklären Sie sich einverstanden, Ihre Termine und eventuelle Änderungen als Email zugesendet zu bekommen. Die Diabetespraxis Kiel wird die Email ausschließlich für diesen Zweck in der Praxisverwaltungssoftware speichern.

Ich bin damit einverstanden, Terminerinnerungen 24h vor dem Termin per Email zu bekommen. Ja Nein

Telefon:

Mobil:

Hausärztin/Hausarzt:

Gynäkologin/Gynäkologe:

Schwangerschaftswoche:

Errechneter Geburtstermin:

Risikofaktoren:

Grund der Vorstellung:

Frühere Schwangerschaften:

Früherer Gestationsdiabetes? Falls ja, wie war die Behandlung?

Familienstand:

Kinder:

Diabetes in der Familie?

Beruf:

Freizeitbeschäftigung/Sport:

Rauchen ja/nein

Alkohol:

Gewicht vor der Schwangerschaft: kg, aktuelles Gewicht: kg Größe: cm

Begleiterkrankungen:

Herzerkrankung	ja	nein	
Nierenerkrankung	ja	nein	
Augenerkrankung	ja	nein	
Gefäßerkrankung	ja	nein	
Nervenerkrankung	ja	nein	
Lungenerkrankung	ja	nein	
Sonstige Erkrankungen	ja	nein	

Medikamente:

Unverträglichkeiten / Allergien?

Wichtig: bitte unterschreiben Sie die umseitige Einverständniserklärung, da wir zu

Qualitätssicherungszwecken den Bericht der Geburtsklinik anfordern müssen.

Einverständniserklärung:

Hiermit gebe ich _____ geb. _____, mein
Einverständnis, dass die Diabetespraxis Kiel, im Rahmen der Qualitätssicherung, nach der
Entbindung den Arztbrief der Geburtsklinik anfordern darf.

Kiel, _____ :

Unterschrift