



Liebe Patientin,

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Um die Behandlung Ihres Diabetes bestmöglich durchführen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie beide Seiten aus!

Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Beruf:..... Gewicht:..... Größe:.....

Adresse:.....

Telefon:..... E-mail:.....

Kontaktperson für den Notfall: (bitte angeben).....

Rufnummer der Kontaktperson: (bitte angeben).....

Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt (zutreffendes bitte umkreisen):

▪ HERZINFARKT ▪ SCHLAGANFALL ▪ BLUTHOCHDRUCK ▪ MAGEN/DARM

▪ KREBS ERKRANKUNG (wenn ja welche).....

▪ ALLERGIEN (wenn ja welche).....

▪ ANDERE ERKRANKUNGEN (wenn ja welche).....

Ist Ihr Impfstatus aktuell? ▪ JA ▪ BITTE UM BESPRECHUNG

Sind Sie Raucher? (wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?).....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (wenn ja wie viel täglich).....

Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt? (bitte angeben wo, wann und warum).....

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:.....

Datum:..... Unterschrift:.....





Bitte geben Sie uns zusätzlich einige Informationen zu Ihrem Schwangerschaftsdiabetes und Ihrer derzeitigen Behandlung.

Name und Anschrift meines Hausarztes:

.....

Name und Anschrift meines Frauenarztes:

.....

Gewicht: vor der Schwangerschaft: aktuell: Größe:

Schwangerschaftswoche: Geburtstermin:

Wurde bereits auf Schwangerschaftsdiabetes getestet?

▪ JA (mit welchem Ergebnis) ▪ NEIN

Anzahl vorheriger Schwangerschaften: Hatten Sie Fehlgeburten?

Hatten Sie in den vorherigen Schwangerschaften Diabetes?

▪ JA (wurden Sie mit Insulin behandelt?) ▪ NEIN

Datum: **Unterschrift:**

