



Fragebogen Zuckerbelastungstest in der Schwangerschaft

Sehr geehrte Patientin,

heute wird in einem Zucker- Belastungstest überprüft, wie hoch Ihr Blutzucker ansteigt, wenn Sie eine definierte Menge einer zuckerhaltigen Lösung (75g) trinken. In der Schwangerschaft liegen die Blutzuckerwerte in der Regel wesentlich niedriger als in nicht schwangerem Zustand. Schon leicht erhöhte Werte können eine Gefahr für die Entwicklung Ihres Kindes darstellen.

Das Risiko Ihres Kindes hängt jedoch nicht nur von Ihren Blutzuckerwerten ab; deshalb benötigen wir von Ihnen weitere Informationen, um Sie individuell beraten und vielleicht behandeln zu können. Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig und vollständig. Zum Teil kann Ihnen der Mutterpass weiterhelfen, oder fragen Sie uns!

Fragen zu Ihrer Person

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Alter? _____ Jahre | | |
| Gibt es Diabeteserkrankungen in Ihrer direkten Verwandtschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körpergröße? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewicht vor der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie häufig an Harnwegsinfekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zur aktuellen Schwangerschaft

In der wievielten Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____ SSW.

- Welcher war der letzte Tag Ihrer Periode? _____
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist die Fruchtwassermenge vermehrt (Hydramnion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind für das Schwangerschaftsalter zu groß? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind für das Schwangerschaftsalter zu klein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Fehlbildungen bei Ihrem Kind diagnostiziert oder vermutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? _____ | | |
| Traten häufig Infektionen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zu früheren Schwangerschaften

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Trat früher schon einmal ein Schwangerschaftsdiabetes auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, wurde dieser mit Insulin behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| War früher ein Kaiserschnitt nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Ihre Kinder bei Geburt größer als normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geburtsgewicht (e): _____ | | |
| Musste Ihr Kind nach der Geburt in der Kinderklinik behandelt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Tot- oder Fehlgeburt (Abort)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| War die Fruchtwassermenge vermehrt (Hydramnion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde ein erhöhter Blutdruck, Eiweiß im Urin festgestellt (Präeklampsie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traten häufig Infektionen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben