



# Gemeinschaftspraxis Dres. Denger & Pfitzner

Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Gastroenterologische Schwerpunktpraxis  
Hausärztlich-internistische Praxis

## Anamnesebogen Gestationsdiabetes

**Dr. med. Ralf Denger**

Internist – Diabetologe – Hypertensiologe DHL  
Notfallmediziner – Ernährungsmediziner DGEM

**Dr. med. Thomas Pfitzner**

Internist – Gastroenterologe - Diabetologe DDG

Zum Grühlingsstollen 3 - 66299 Friedrichsthal

Telefon 0 68 97 / 98 19 - 0

Telefax 0 68 97 / 98 19 20

Liebe Patientin,

Friedrichsthal,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie umfassend, kompetent und individuell betreuen können, bitten wir Sie, folgenden Anamnesebogen im Vorfeld auszufüllen. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank!

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gynäkologe/In: \_\_\_\_\_ Hausarzt/In: \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm    Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie zurzeit? o nein o ja wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_/Tag

Konsumieren Sie aktuell Alkohol? o nein o ja wenn ja, wie viel ? \_\_\_\_\_/Woche

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? \_\_\_\_\_

Wann ist der errechnete Entbindungstermin? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wissen Sie bereits, wo Sie entbinden werden? o nein o ja

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_



Besonderheiten während der Schwangerschaft?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Größe des ungeborenen Kindes?  in der Norm  zu klein  zu groß

Ist die Fruchtwassermenge vermehrt?  nein  ja

Wurde bereits ein 75g oraler Glukosetoleranztest durchgeführt?  nein  ja

Wenn ja, wann: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ergebnis: nüchtern: \_\_\_\_\_mg/dl

nach 1 h: \_\_\_\_\_mg/dl

nach 2 h: \_\_\_\_\_mg/dl

Haben Sie bereits Kinder?  nein  ja

Wenn ja: Entbindungswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

Entbindungswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

Entbindungswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

Bestand dabei die Diagnose Gestationsdiabetes?  nein  ja

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten?  nein  ja

Leiden Sie unter weiteren Krankheiten?  nein  ja

Bluthochdruck  hohe Blutfettwerte  Polycystisches Ovarsyndrom

andere \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	spät

**Familienanamnese**

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (möglichst mit welchem Typ)?

nein  ja \_\_\_\_\_



**Sozialanamnese**

Wohnsituation:      o allein lebend      o mit Familie/Freunden

Wer kocht in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

Was machen Sie beruflich? \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie Vollzeit oder Teilzeit? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich im Beschäftigungsverbot?                      o nein                      o ja

Treiben Sie regelmäßig Sport?                                      o nein                      o ja

Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

Welcher Religion gehören Sie an? \_\_\_\_\_

Raum für weitere Anmerkungen:

---

---

---

---

Friedrichsthal, den

\_\_\_\_\_

Unterschrift