

## ***Aufnahmebogen* für Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes**

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_cm

Schwangerschafts- \_\_\_\_\_ Gewicht aktuell: \_\_\_\_\_ kg  
Woche (SSW): \_\_\_\_\_ Gewicht vor der SS: \_\_\_\_\_ kg

Die wievielte Schwangerschaft ist es? \_\_\_\_\_

War bisher **Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit) bei Ihnen bekannt?

**nein**  **ja, seit** \_\_\_\_\_

Sind Sie im Behandlungsprogramm der Krankenkasse für Menschen mit Diabetes mellitus (**DMP**) aufgenommen?  **ja**  **nein**

Wurde in einer früheren Schwangerschaft ein Diabetes festgestellt?

**nein**  **ja, wann:** \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Schwangerschaft bisher Probleme aufgetreten?

**nein**  **ja, welche:** \_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie **Zuckertabletten** ein?  **ja**  **nein**

Wenn ja, welche, welche Dosis und wie viele täglich?

Spritzen Sie **Insulin**?  **ja**  **nein** wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Insulinnamen und Dosis: \_\_\_\_\_

---

Haben Sie  **viel Durst** oder müssen Sie häufig  **zur Toilette**?

Haben Sie ungewollt Gewicht **ab-**  oder **zu genommen** ?

Wenn ja, wie viel und in welchem Zeitraum?

---

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Unterzuckerungen**, bei denen Sie sich nicht mehr selbst helfen konnten?

**Ja**; wie viele? \_\_\_\_\_  **nein**

Ist in Ihrer **Familie** bereits Diabetes mellitus bekannt?  **ja**  **nein**

Wenn ja:  **Mutter**  **Vater**  **Geschwister**  **Großeltern**

Besitzen Sie einen **Diabetespass**?  **ja**  **nein**

Wann waren Sie zuletzt beim **Augenarzt**? \_\_\_\_\_

Sind Ihre Augen schon einmal gelasert worden?  **ja**  **nein**

Rauchen Sie?  **ja**  **nein** Wenn ja, **wie viele** täglich? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?  \_\_\_\_\_ **x/Tag/Woche/Monat**

Haben/hatten Sie folgende **Krankheiten** oder **Ereignisse**?

- Bluthochdruck
- Erkrankungen am Herzen/an den Gefäßen
- Erhöhte Blutfette/erhöhtes Cholesterin
- Angina pectoris/  Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Bypass-OP/  Stent-Einlage
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Durchblutungsstörungen in den Beinen
- Nierenerkrankung/  Nervenerkrankung

Welche **weiteren Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

**Alle Angaben sind freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**