**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Gewicht aktuell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde schon ein OGTT durchgeführt? Wenn ja:

Nüchtern BZ: \_\_\_\_\_\_\_ BZ nach 60min: \_\_\_\_\_\_\_ BZ nach 120min: \_\_\_\_\_\_\_

Wann ist der OGTT durchgeführt worden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wo ist der OGTT durchgeführt worden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muttersprache: O Deutsch

O Türkisch

O Russisch

O Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wievielte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_

Wie viele Kinder geboren? \_\_\_\_\_\_\_

Mehrlingsgeburten: O Ja O Nein Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Totgeburten: O Ja O Nein

Fehlbildung bei Kindern aus früher Schwangerschaft: O Ja O Nein

Gewicht schwerstes Kind aus früher Schwangerschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kind aus früher Schwangerschaft > 4,5kg: O Ja O Nein

Früherer Schwangerschaftsdiabetes: O Ja O Nein O Unbekannt

Eltern oder Geschwister mit Diabetes: O Ja O Nein O Unbekannt

Begleiterkrankungen bekannt? O Keine

O Art. Hypertonie

O Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)

O Autoimunthyreoiditis

O Psychiatrische Erkrankung

O Gerinnungsstörung

O Neurologische Erkrankung

O Kardiologische Erkrankung

O PCO – Syndrom

O Sonstige Erkrankung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medikamente bei Schwangerschaftsbeginn: O Keine

O Blutdruck

O Schilddrüse

O Diabetes

O Eisen

Folsäure vor der Schwangerschaft eingenommen: O Ja O Nein

Raucherin: O Ja O Nein O Ex bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nichtraucherin während der Schwangerschaft: O Ja O Nein

**Von Praxispersonal auszufüllen:**

OGTT aktuell

Nüchtern BZ: \_\_\_\_\_\_\_ BZ nach 60min: \_\_\_\_\_\_ BZ nach 120min:\_\_\_\_\_\_\_

Hba1c: \_\_\_\_\_\_\_