

Name: \_\_\_\_\_ **geplanter Entbindungstermin** \_\_\_\_\_

**aktuelle SS**      Wievielte SS \_\_\_\_\_      SS-Woche \_\_\_\_\_      OGTT \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Kindsgröße Perzentile \_\_\_\_\_      Fruchtwassermenge      normal      erhöht

Bisheriger SS-Verlauf \_\_\_\_\_

---

---

---

**Anamnese vorherige SS**

Jahr/Geburtsgewicht \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ GDM \_\_\_\_\_      Komplikationen \_\_\_\_\_

Jahr/Geburtsgewicht \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ GDM \_\_\_\_\_      Komplikationen \_\_\_\_\_

Jahr/Geburtsgewicht \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ GDM \_\_\_\_\_      Komplikationen \_\_\_\_\_

**Bekannter Diab & Typ in der Familie**      Eltern      Großeltern      Geschwister

---

Gewicht vor SS \_\_\_\_\_      aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_      Größe \_\_\_\_\_

Blutdruck/Puls \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      Rauchen \_\_\_\_\_ ( ) Anzahl

**Erkrankungen/Allergien** \_\_\_\_\_

---

---

---

**(rezeptfreie) Medikamente**      Dosierung      Einnahmezeit

---

---

---

---

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

---

---

---

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

Alleinlebend                      mit Partner/Mann                      sonstige Mitbewohner \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Hobbys \_\_\_\_\_

**Körperliche Aktivität** vor SS                      aktuelle Aktivität

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erfahrungen mit Diabetes** Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kenntnisse in der **BZ-Messung**                      ja                      nein

BZ-Gerät vorhanden                      ja, welches \_\_\_\_\_                      nein

**Ernährung** allgemein                      Anzahl der Mahlzeiten \_\_\_\_\_                      Essenzeiten \_\_\_\_\_

KH-haltige LM                      Süßigkeiten                      Alkohol                      Heißhunger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ernährungs-Veränderungen seit Kenntnis OGTT-Ergebnis**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ernährung /Kulturelles/Sonstiges**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_