

Guten Morgen,

Ihr/e Frauenarzt/ärztin hat Sie hierher überwiesen, damit Ihr Zuckerstoffwechsel überprüft wird. Dies geschieht mit einem Zucker-Belastungstest. Hierbei trinken Sie auf nüchternen Magen eine Lösung mit genau 75g Zucker (Glukose). Ihr Blutzucker wird vorher, 1 Stunde und 2 Stunden danach überprüft. In dieser Zeit dürfen Sie die Praxis nicht verlassen, nicht rauchen und nicht essen. Nach Abschluss des Testes werden wir das Ergebnis sofort mit Ihnen besprechen, dann dürfen Sie auch frühstücken und etwas trinken. Während Sie warten, beantworten Sie uns bitte noch ein paar Fragen, so gut Sie können.

Wann ist der errechnete Geburtstermin ihres Kindes? _____ . _____ . _____			
Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckertest durchgeführt, bei dem Sie einen süßen Saft getrunken haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
- der Kleinen-Test (mit 50g Glukose)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	_____ mg/dl
- oder der „Große“ mit 3 Werten: vorher/nach 60min/nach 120min?	vor _____ / n. 60 _____ n. 120 _____ mg/dl		
- wo wurde dieser „Große“ 3-Werte-Test durchgeführt?			
Bitte nennen Sie Ihre Größe & Gewicht <u>VOR</u> der Schwangerschaft:		_____ cm	_____ kg
Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?	Die _____ Schwangerschaft.		
Wie viele Kinder haben Sie?	Anzahl: _____		
Falls Sie bereits Kinder haben:			
- Wie viel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen?	_____ g		
- Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Bei JA, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Zigaretten pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit:		Nein <input type="checkbox"/>
Welche ist Ihre Muttersprache?			
Wie sind Ihrer Sprachkenntnisse in Deutsch?	Gut <input type="checkbox"/> oder benötigen Sie einen Dolmetscher <input type="checkbox"/>		
Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erwarten Sie Mehrlinge (z.B. Zwillinge, Drillinge etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Folsäure eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Haben Sie <u>VOR</u> der Schwangerschaft Metformin eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein? Bei JA, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sind bei Ihnen andere Krankheiten o. gesundheitliche Probleme bekannt? Bei JA, welche:	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
In welcher Klinik werden Sie entbinden?	noch nicht entschieden <input type="checkbox"/>		
Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin?	Und wer Ihr Frauenarzt/-ärztin?		
Wie oft in der Woche machen Sie Sport?	An _____ Tag/en in der Woche		
Sind Sie zurzeit berufstätig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sie sind erreichbar unter der Telefonnummer:	Mobil: _____		

# Patienteneinwilligung / Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungsbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

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

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

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

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Jamal Sobh / Dr. med. Daniela Peters, Dr. med. V. Kulla, Hauptstr. 112, 53721 Siegburg an den

Weiterbehandelnden Arzt \_\_\_\_\_

Das Krankenhaus \_\_\_\_\_

Das Labor \_\_\_\_\_

Angehörige/Familienmitglieder \_\_\_\_\_

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführt, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannte Ärztin/Arzt bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Siegburg, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

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

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel:/ FAX: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_cm

Gewicht: Vor Schwangerschaft \_\_\_\_\_kg/ Aktuell \_\_\_\_\_kg

Blutdruck: \_\_\_\_\_mmHG

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

Vorherige Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

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

Seit wann sind erhöhte Blutzuckerwerte bei Ihnen bekannt?

Liegt Diabetes bei ihren Eltern Geschwistern vor?

Hatten Sie in den vorherigen Schwangerschaften Gestationsdiabetes?

Nein       ja, nur mit Diät einstellbar       ja, mit Insulin behandelt

Gibt oder gab folgenden Probleme zurzeit oder in der vorherigen Schwangerschaft?

- Erhöhter Blutdruck
- Erhöhte Blutfette
- Gewichtszunahme >15 kg
- Wasseransammlung in den Beinen
- Auffälliger Ultraschallbefund
- Eiweiß im Urin
- Sonstiges

Bewegen Sie sich regelmäßig?

- Wenig
- Wie vor der Schwangerschaft
- So oft wie möglich

Hier ist Raum für Fragen, die Sie an uns haben:





Dieser Fragebogen dient zur Ermittlung des Wohlbefindens des Patienten.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie sich ihr Patient in den letzten 2 Wochen gefühlt hat.

Punkte	0	1	2	3	4	5
Ich fühlte mich mit fröhlich und gut gelaunt	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich ruhig und gelassen	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich aktiv und vital	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich erlebte täglich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Gesamtpunktzahl						

Der Rohwertekommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 25. Es wird empfohlen den Major-Depression (ICD-10) Inventory-Fragebogen auszufüllen, wenn der Rohwert unter 13 liegt oder der Patient zu mindestens einer der Aussagen mit 0 oder 1 geantwortet hat. Ein Wert unter 13 bedeutet schlechtes Wohlbefinden und ist ein Anzeichen für die Überprüfung auf Depression unter ICD-10.