



P r a x i s D r . K n i p p

Dr. med. Ingo Knipp

Internist / Diabetologe / Diabetologe DDG
DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS KVN
DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ KVN

Gaßmannstr. 12
21709 Himmelpforten
☎ 04144/698660
☎ 04144/6986628
www.Dr-Knipp.de
email: kontakt@Dr-Knipp.de

Frau _____, geb. am geb. am _____

,

Fragebogen für schwangere Frauen Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Ihr Hausarzt ? _____ Ihr Frauenarzt?

Vorgeschichte:

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin? _____

Erwarten Sie Zwillinge? nein ja

Wie oft waren Sie **vor** dieser Schwangerschaft schon schwanger? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren bisherigen Kindern:

Name des Kindes	Entbindungswoche	Gewicht	Größe	Geburtsjahr
_____	_____ Woche	_____ gr	_____ cm	_____ Jahr
_____	_____ Woche	_____ gr	_____ cm	_____ Jahr
_____	_____ Woche	_____ gr	_____ cm	_____ Jahr
_____	_____ Woche	_____ gr	_____ cm	_____ Jahr

Gab es **Fehlbildungen**? _____

Jetziger Schwangerschaftsverlauf:

Ist die jetzige Schwangerschaft bislang normal verlaufen? ja nein

- Auffälligkeiten: _____
- Ist das Kind ist zu groß?
- Wurde vermehrtes Fruchtwasser festgestellt?
- Wurde Zucker in Urin festgestellt?
- Wurde ein Zuckersuchtest durchgeführt, das Ergebnis nach einer Stunde: _____ mg/dl?
- Wurde eine künstliche Befruchtung durchgeführt?

Risikofaktoren für Schwangerschaftsdiabetes:

- Wie viel haben Sie vor der Schwangerschaft gewogen? _____ kg bei einer Größe von _____ cm
- Liegt Diabetes bei Ihren Eltern oder Geschwistern vor?
- Gab es Schwangerschaftsdiabetes bei einer früheren Schwangerschaft?
- Hatten Sie ein zu großes Kind bei einer früheren Entbindung > 4500 Gramm?
- Hatten Sie mehr als zwei Fehlgeburten?
- Gab es Fehlbildungen bei früheren Schwangerschaften?
- Waren Ihre Blutzuckerwerte schon mal erhöht?

Bisherige Medikamenten – Behandlung:

(denken Sie auch an Sprays, Hormone, Medikamentenpflaster, Depotspritzen, Schlafmittel, Schmerzmittel)

Medikament:	seit wann:	morgens:	mittags:	abends:	zur Nacht

Haben Sie **Allergien** oder Medikamentenunverträglichkeiten?:

Sind Herzkreislauf-Risikofaktoren bekannt?

- Rauchen, wie viel: _____ / Tag nein ich bin Nichtraucher
- Hoher Blutdruck: wie liegen die Werte? _____
- Hohe Cholesterin- und Fettwerte?
- Verwandte mit Herzerkrankungen oder Schlaganfall?

Litten oder leiden Sie an wesentlichen Erkrankungen?

Lunge:

Krebs:

Herz:

wichtige Operationen

Niere:

Schilddrüse:

Darm:

In welchem Bereich sind Sie berufstätig?

Haben Sie Körperliche Arbeit? Schichtarbeit?

Welche ist Ihre **Muttersprache**? Deutsch

Können Sie **Deutsch** lesen und schreiben? ja nein

In welcher **Klinik** werden Sie entbinden? Elbe-Klinikum Stade. _____

Darf die Entbindungsklinik einen Brief bekommen? ja nein

Bitte bestätigen Sie Ihre Einwilligung mit Ihrer Unterschrift

Datum: _____

Vielen Dank für die Hilfe!!!