



Anamnesebogen für Schwangere

Name, Vorname: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gynäkologe (Name, Ort): _____

Wurde bei Ihnen ein OGT durchgeführt? Ja Nein

Wann? _____

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Ja Nein

Welche? _____

Wann ist ihr Entbindungstermin? : _____ Aktuelle SSW: _____

Wie groß ist Ihr Baby? Normal groß klein

Bauchumfang bekannt? _____ cm

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie zuvor? _____ Schwangerschaften

Hatten Sie dort einen Schwangerschaftsdiabetes? Ja Nein

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Gibt es in Ihrer Familie Diabetes? Nein
Ja , Typ1 Typ2

Wer? _____

Leiden Sie an **Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien**?

Ja Nein

Welche? _____

Größe: _____ Gewicht(aktuell): _____ Gewicht (vor der Schwangerschaft): _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch Empfehlung Durch Internet

Durch Hausarzt / Gynäkologe Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient