



Fragebogen für schwangere Frauen

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

betreuende/r Gynäkologe/in: _____

e-mail: _____

Hausarzt: _____

Mehrlingsschwangerschaft: ja ☐ nein ☐

Angaben zu evtl. vorangegangenen Schwangerschaften:

1. Kind Entbindung in Schwangerschaftswoche _____ Jahr _____

Gewicht _____ g bei Geburt

2. Kind Entbindung in Schwangerschaftswoche _____ Jahr _____

Gewicht _____ g bei Geburt

3. Kind Entbindung in Schwangerschaftswoche _____ Jahr _____

Gewicht _____ g bei Geburt

Bestand bereits ein Schwangerschaftsdiabetes? ☐ ja ☐ nein

falls ja: ☐ diätgeführt ☐ insulingeführt

Hatten Sie bereits Fehlgeburten? ☐ ja ☐ nein

aktueller Schwangerschaftsverlauf:

Wurde ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? ja ☐ 50g ☐ 75g ☐ nein ☐

Sind Sie Raucherin? ja ☐ nein ☐

Haben/Hatten Sie erhöhte Blutdruckwerte? ja ☐ nein ☐

Körpergewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

aktuell eingenommene Medikamente/ Vitamine/ Mineralstoffe:

Allergien:

aktuelle Berufstätigkeit:

Haben Eltern oder Geschwister einen Diabetes mellitus? nein ☐

ja: Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐