

**Anamnesebogen  
Erstvorstellung  
Schwangerschaft**

**Dr. med. Simone Badis**  
Fachärztin für Innere Medizin  
Schwerpunktpraxis Diabetes  
Diabetes Fußambulanz  
Hausärztliche Versorgung  
Karrstr.40

54516 Wittlich  
Tel. 06571-950780  
Fax 06571-9507820  
E-Mail: [info@dr-badis-wittlich.de](mailto:info@dr-badis-wittlich.de)  
Homepage: [www.dr-badis-wittlich.de](http://www.dr-badis-wittlich.de)

Liebe Patientin,

Sie stellen sich heute in unserer Diabetes Schwerpunktpraxis vor zum Ausschluss eines Schwangerschaftsdiabetes oder bei bereits diagnostiziertem Schwangerschaftsdiabetes durch Ihren Gynäkologen.

In Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem/r behandelnden Frauenarzt/-ärztin streben wir für Sie und Ihr Kind eine optimale Behandlung mit bestmöglichem Ergebnis an.

Um Sie individuell und umfassend betreuen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

**Persönliche Daten**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Eigenanamnese**

Erkrankungen/seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfälle /Wann: \_\_\_\_\_

Operationen /Wann: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Anamnese

Ja      Nein

- Rauchen Sie? wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? \_\_\_\_\_
- Haben Sie früher geraucht? Seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_  
Über wie viele Jahre haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_
- Konsumieren Sie während der Schwangerschaft Alkohol?  
wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche,  Bier  Wein  
 andere

## Familienstand :

verheiratet    verwitwet    in Lebensgemeinschaft lebend

Kinder (wie viele? gesund?) \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

Mutterschutz ab wann? \_\_\_\_\_

Besteht Beschäftigungsverbot?    ja    nein

**Hobbys:** \_\_\_\_\_

## Regelmäßige körperliche Betätigung während der Schwangerschaft:

Nein

Sport, welcher: \_\_\_\_\_

## Familiäre Belastung mit Diabetes?

Mutter    Vater    Großmutter (  mütterlicherseits/ väterlicherseits)

Großvater (  mütterlicherseits/ väterlicherseits)    Tante/Onkel    Geschwister    Kinder

**Nehmen Sie Medikamente ein?**    Ja    Nein

Medikament	morgens	mittags	abends

**Fragen zu Ihrer Person:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Körpergewicht VOR Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm

Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?    Ja    Nein

Haben Sie häufiger Harnwegsinfekte?    Ja    Nein

**Fragen zur aktuellen Schwangerschaft:**

Berechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin korrigiert?    Ja    Nein

Schwangerschaftswoche aktuell: \_\_\_\_\_

Fanden sich bisher Auffälligkeiten bei den Untersuchungen beim Gynäkologen?    Ja    Nein

Wenn ja, welche?

Kind zu groß       Kind zu klein

Vermehrte Fruchtwassermenge

Andere \_\_\_\_\_

Sind Fehlbildungen bei Ihrem Kind festgestellt oder vermutet?    Ja    Nein

**Fragen zu früheren Schwangerschaften:**

Schwangerschaftsdiabetes in einer früheren Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, wurde der Schwangerschaftsdiabetes mit Insulin behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Insuline und wie oft täglich haben Sie gespritzt? \_\_\_\_\_

---

Hatten Ihre Kinder ein Geburtsgewicht über 4000 g?  Ja  Nein

Hatten Sie Kaiserschnitt Entbindungen?  Ja  Nein

Hatten Sie Tot- oder Fehlgeburten?  Ja  Nein

Traten bei früheren Schwangerschaften Fehlbildungen auf?  Ja  Nein

Traten häufig Infektionen auf?  Ja  Nein

Gab es sonstige Komplikationen?

Präeklampsie  erhöhter Blutdruck  vermehrte Fruchtwassermenge

Eiweißausscheidung im Urin

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Ihr Praxisteam  
Dr. med. Simone Badis