



Ambulatorium

Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich
Haus 2, Etage O
Telefon +41 44 416 32 52
Fax +41 44 416 17 62

Daten Patientin:

Name/ Vorname:
Geb.-Datum:
Sprache:
Adresse:
Telefon:
Krankenkasse:

Verordnung und Anmeldung für ärztliche Betreuung mit Diabetes- und Ernährungsberatung bei

STOFFWECHSELERKRANKUNG bei Schwangerschaft

Ort, Datum, Unterschrift

Arzt/Stempel/EAN-Nr.

Telefon-Nr.:

WICHTIG: Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen können bearbeitet werden

Der obere Abschnitt geht an die Krankenkasse, bitte deutlich schreiben.

GESTATIONS DIABETES

Diagnosestellung:

Blutzucker (BZ) nüchtern: _____ mmol/l vom _____
pathologisch >5,1 in der 24.-28.SSW,
Bedingungen: ca. 12 Std nüchtern, kein Infekt, kein tagelanges Erbrechen vorher

oder
oGTT mit 75 g Glukose in der 24. - 28. SSW vom _____ (Test pathologisch, wenn ≥ 1 Wert erhöht):

BZ nüchtern: _____ mmol/l (pathologisch $\geq 5,1$ mmol/l)

BZ n. 1-Std.: _____ mmol/l (pathologisch $\geq 10,0$ mmol/l)

BZ n. 2-Std.: _____ mmol/l (pathologisch $\geq 8,5$ mmol/l)

Achtung: kapilläre Glukosebestimmungen sind nicht ausreichend für die Diagnose eines Gestationsdiabetes und bedürfen einer Bestätigung im venösen Plasma!

Die BZ-Messungen sind durch **venöse Blutabnahmen** (venöses Plasma) durchgeführt worden: ja nein

Gynäkologische Daten: Gestationsalter: _____ (errechneter) Geburtstermin: _____

G: _____ P: _____

Früherer Gestationsdiabetes: ja nein

Bisheriger Schwangerschaftsverlauf: unauffällig Makrosomie Polyhydramnion
sonstiges:

Begleiterkrankungen:

Medikation: