

Anamnese

Vor-/Nachname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Telefonnummer: _____ **Handynummer:** _____

e-mail: _____

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie jetzt ?? _____

Errechneter Termin? _____

Wieviele Schwangerschaft? _____ Abbruch Abort

Haben Sie schon Kinder Ja nein

Wenn ja wie viele?

Name	Geburtsjahr	Größe	Länge	Am Termin ?
1. Kind				
2. Kind				
3. Kind				

Körpergröße _____ cm

Gewicht vor der Schwangerschaft _____ kg aktuell _____ kg

Diabetes bei Eltern/Geschwistern/Großeltern? _____

Hatten Sie schon einen Schwangerschaftsdiabetes? ja nein

Wer ist Ihr/e **Gynäkologe/in**? _____

Welche Werte hatten Sie beim Zuckerbelastungstest mit 50 g oder 75 g Glukose?

In der wievielten Schwangerschaftswoche? _____

Blutentnahme aus dem Finger aus der Vene

Nüchtern? _____

Nach 1 Stunde? _____

Nach 2 Stunden? _____

Nehmen Sie **Medikamente**? ja nein

Wenn ja : Welche? _____

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Name , Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einverständniserklärung **Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich Fr. Dr. Kirsten Hellner/Fr. Dr. Auf dem Hövel über sinnvolle und notwendige Blutuntersuchungen und Behandlungen informiert und mich schriftlich, telefonisch oder per Email an ausstehende Behandlungen oder Untersuchungen erinnert.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Fr. Dr. Hellner/Fr. Dr. Auf dem Hövel darf dieser/diesen Person/Personen Informationen über meine Erkrankungen + Laborwerte geben. In Bezug auf meine Krankheitsgeschichte, ist mir bekannt, daß ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zurücknehmen kann.

Ort, Datum

Unterschrift