

Bitte beachten Sie, dass wir jedes Quartal ein neuen Überweisungsschein Ihres GynäkologIn brauchen

Gestationsdiabetes-Bogen

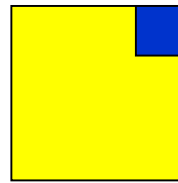
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Vorname / Name: _____

geb.: _____

eMail Adresse: _____

Tel: _____ Mobil: _____



Dr. Jürgen Neumaier
Dr. Julia Klee

Fachärzte für Innere Medizin
Diabetologen

überwiesen von: _____

Voraussichtliches Entbindungsdatum: _____

Bisherige Schwangerschaften / Anzahl der Kinder (Jahreszahlen)? _____

Bisheriger Verlauf normal? Ja Nein Werte des Zuckertests bei Gyn.? ____/____/____

Schwangerschaftsdiabetes vor dieser SchwS.? Ja Nein

Wann? _____ Wie therapiert (Diät / Insulin)? _____ Geburtsgewicht des/r Kindes/er? _____

Anamnese:

Größeund Gewicht **vor** der SchwS.....

aktuelles Gewicht.....

eigenes Geburtsgewicht.....

Gibt oder gab es in Ihrer Familie Diabetes (Vater, Mutter, Oma, Opa, Onkels, Tanten,

Ihre eigenen Geschwister)? Bitte angeben, bei wem? _____

Haben oder hatten Sie zusätzlich eine der genannten Erkrankungen?

- Bluthochdruck Erhöhtes Cholesterin
 Allergien weitere, vorliegende Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? (Welche Dosis?)

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

Medikamentenallergie(n)? _____

Gibt oder gab es in Ihrer Familie?

- Bluthochdruck Erhöhtes Cholesterin
 Gicht Herzinfarkt
 Schlaganfall

Rauchen Sie?

- Ja, wie viel / Tag? _____
 Falls ja, seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol

- Ja, wie viel und was /Tag _____ Nein

Bitte wenden!



Sind Sie bei Ihrem Hausarzt in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben?

ja nein

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde hiermit Dr. Neumaier/Fr. Dr. Klee von Ihrer Schweigepflicht gegenüber einzelnen Personen.

Nein Ja, gegenüber wem? _____

Datum Name in Druckbuchstaben + Unterschrift

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- mein behandelnder Arzt/Ärztin meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Gynäkologen und/oder weiteren Ärzten (z.B. Hausarzt) zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Gynäkologen und/oder anderen Ärzten übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt/Ärztin bei meinem Gynäkologen oder anderen Ärzten (z.B. Hausarzt) oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Gynäkologe ist: _____

Mein Hausarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.