

<u>Datum:</u>	ET:
Diabetes mellitus Typ _____, seit _____	
<u>Diabetes-Folgekrankheiten</u> / seit : <input type="checkbox"/> Keine	
<u>Andere Diagnosen:</u>	
<u>Befunde:</u>	
Gewicht vor der Schw.:	BMI:
Gewicht jetzt:	
RR:	
Letzter HbA1c vor Schw.:	
Datum:	
HbA1c bei erstem Termin in DSP:	
Mikral:	TSH:
<u>Medikation:</u>	
	Seit:
	Seit:
	Seit:
Behandelnder/de Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <hr/>

Praxisstempel DSP

<u>Insulintherapie:</u> <input type="radio"/> ICT <input type="radio"/> Pumpe <input type="radio"/> Andere:
Verwendete Insuline:

Datum	Befunde
<b>1. Trimenon</b>	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	
<b>2. Trimenon</b>	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	
<b>3. Trimenon</b>	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	

Frauenarzt:

Entbindungsklinik:

Hebamme:

Hausarzt:

Datum/ Uhrzeit:	Verlauf:
	Schulung Ernährung in der Schwangerschaft bei Diabetes mellitus
	Schulung Diabetische Ketoazidose

Datum/ Uhrzeit:	Verlauf:
	Schulung: Stoffwechselführung während und nach der Entbindung
	Sprechstunde Entbindungsvorbereitung

## Praxisstempel

Bitte behalten Sie diesen Bogen in Ihrem Mutterpass und legen ihn bei jedem Besuch bei uns und bei ihrem Frauenarzt vor. Zeigen Sie uns bitte immer Ihre aktuellen Ultraschallbefunde. Bei Ihrem ersten Termin in unserer Praxis nach der Entbindung bringen Sie ihren Mutterpass und/oder den Entbindungs-bericht mit.