

Name	
Vorname	Geb.-Datum
Str./Nr.	PLZ/Ort
Tel. Privat	Tel. Mobil
Krankenkasse	HMO <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegeklasse	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat

Faxnummer zur Befundübermittlung:	Befundbesprechung durch: <input type="checkbox"/> einweisenden Arzt <input type="checkbox"/> Frauenklinik Liestal	Datum der Untersuchung: <input type="checkbox"/> innert 1 Woche <input type="checkbox"/> in der Kalenderwoche
Para/Gravida	LP	def. Termin/Geburt

Risiken	<input type="checkbox"/> FA für Diabetes <input type="checkbox"/> Übergewicht, BMI >25kg/m ² <input type="checkbox"/> St.n. Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Glucosurie	<input type="checkbox"/> Frauen > 35 Jahre <input type="checkbox"/> St.n. IUFT, Fehlbildung <input type="checkbox"/> St.n. makrosomem Kind (>4000g) <input type="checkbox"/> Ethnie: Asien, Mittelmeer, Afrika
<input type="checkbox"/> Risikofaktor -> nüchtern Blutzucker im 1. Trimenon <input type="checkbox"/> Routine oGTT 75g 24-28 SSW für alle Schwangeren <input type="checkbox"/> Wiederholung bei Verdacht oder Risiken nach 4-6 Wochen <input type="checkbox"/> postpartal nach Gestationsdiabetes, 6 Wochen pp		
Bemerkungen:		



Datum: _____ Stempel & Unterschrift: _____