



# DIALYSEZENTRUM POTSDAM

## Sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.  
Bitte beantworten Sie noch ein paar Fragen, so gut Sie können.  
Alles Weitere klären wir mit Ihnen im Gespräch.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Gynäkologe: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_  
Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_  
Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese? \_\_\_\_\_

## Haben Sie einen zu hohen Blutdruck?

- Nein
- Ja

## Sind Vorerkrankungen oder gesundheitliche Probleme bekannt?

- Nein
- Ja

Bei ja, welche \_\_\_\_\_

## Sind Ihre Eltern, Großeltern o. Geschwister an Diabetes erkrankt?

- Nein
- Ja

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Vitamine ein?

- Nein
- Ja

Bei ja, welche \_\_\_\_\_

Standort Potsdam	Zweigpraxis Teltow	Zweigpraxis Belzig
Allee nach Sanssouci 7 14471 Potsdam Tel.: 0331 – 7431919 Fax: 0331 - 7431924	Neißestraße 2 14513 Teltow Tel.: 03328 – 3381743 Fax: 03328 – 3381744	Straße der Einheit 28 14806 Belzig Tel.: 033841 – 453926 Fax: 033841 – 30550



# DIALYSEZENTRUM POTSDAM

**Sind Sie berufstätig?**

- Nein
- Ja

**Gewicht vor dieser Schwangerschaft:** \_\_\_\_\_

**In welcher Klinik wollen Sie entbinden?**

\_\_\_\_\_

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihren bisherigen Kindern:**

Name/Geburtstag: \_\_\_\_\_

Entbindungswoche: \_\_\_\_\_

Gewicht : \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon einmal einen Schwangerschaftsdiabetes?**

- Nein
- Ja

**Gab es Fehlgeburten?**

- Nein
- Ja

**Gab es Geburtskomplikationen?**

- Nein
- Ja

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

<b>Standort Potsdam</b>  Allee nach Sanssouci 7 14471 Potsdam Tel.: 0331 – 7431919 Fax: 0331 - 7431924	<b>Zweigpraxis Teltow</b>  Neißestraße 2 14513 Teltow Tel.: 03328 – 3381743 Fax: 03328 – 3381744	<b>Zweigpraxis Belzig</b>  Straße der Einheit 28 14806 Belzig Tel.: 033841 – 453926 Fax: 033841 – 30550
---	---	--