

Anmeldung für oraler Glukosetoleranztest (oGTT)

- oGTT Screening GDM
 oGTT 6-8 Wochen
nach Geburt bei Gestationsdiabetes

Vorgesehener Geburtstermin: _____

Patient/-in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse Nr.: _____ Sprache: _____
PLZ / Ort: _____ Tel. Geschäft: _____
Telefon privat: _____ Tel. Mobile: _____

Zuweiser/-in

Name, Vorname: _____ Telefon: _____
Strasse: _____ Fax: _____
PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Diagnoseliste:

Medikation:

Wichtige vorgängige Abklärungen und Befunde oder Berichte bitte beilegen.

Achtung:

Bitte drucken Sie Seite 2 aus und geben Sie das Blatt den betroffenen Frauen ab. Instruieren Sie die Frauen zudem, dass sie in den drei Tagen vor dem oGTT normal essen sollen, bzw. nicht kohlenhydratreduziert essen sollen.