



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.

Vor dem Termin sollten Sie ab **Mitternacht kein Essen, keinen Tee oder Kaffee** zu sich nehmen. Bitte **verzichten Sie auch aufs Rauchen**.

Please do not eat or drink anything (except water) after midnight, prior to the day of your appointment. Please also refrain from smoking.

Avant le rendez-vous, ne manger plus rien après minuit, ne buvez ni du thé, ni du café et abstenez-vous de fumer.

Prima dell'appuntamento, non dovrebbe più assumere nessun cibo, tè o caffè a partire da mezzanotte. Per favore rinunci anche al fumo.



Ab 24 Uhr nachts ...
After 12 pm midnight ...
Des minuits ...
Dopo mezzanotte ...



Wasser ohne Zusatz erlaubt
water without additives allowed
l'eau sans additifs est autorisé
l'acqua senza additivi è permessa



nichts mehr essen
don't eat after midnight
ne mangez plus rien
niente più cibo



keine Fruchtsäfte
no fruit juices
pas de jus de fruits
nessun succho di



keinen Kaffee oder Tee
no coffee or tea
pas de café ou de thé
nessun caffè o tè



nicht rauchen
do not smoke
ne pas fumer
non fumare



keine gesüssten Getränke
no sweetened beverage
pas de boissons sucrées
nessuna bevanda zuccherata