

Patientenanmeldung – Gestationsdiabetes / Schwangerschaft

Patientendetails:

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ, Ort:
Geb- Datum:	Krankenkasse:
Telefon:	Natel:

Behandlung Gestationsdiabetes-Behandlung

Aktuelle Schwangerschaftswoche: _____ Errechneter Geburtstermin: _____
G ___ P ___ A ___

Ergebnis des OGTTs
Durchgeführt in der _____ Schwangerschaftswoche
Nüchternwert: _____ mmol/l
1-Stunden-Wert: _____ mmol/l

Wenn möglich gerne Fetometrie-Befunde beifügen.

Zuweisung zur präkonzeptionellen Gewichtsreduktion

Aktuelles Gewicht: _____ kg
Grösse: _____ cm

Zuweisung zur sonstigen endokrinologischen/diabetologischen Behandlung

Zuweisender Arzt/Ärztin

Datum:

Die Anmeldung dürfen Sie gerne per Email direkt an stoffwechselzentrum@friendlydocs.ch senden oder per Fax an 071 228 70 79.

Besten Dank, Ihr Team vom Stoffwechselzentrum St. Gallen