

**Anmeldung Gestationsdiabetes**

**Patientendaten:**

Name Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Krankenkasse Vers.-Nummer

**Diagnosen**

**Medikamente und Dosierung**

**Bisheriges Labor (bitte beilegen)**

**Fragestellung**

□ Ich wünsche Durchführung oGTT während Schwangerschaft

□ Ich wünsche Durchführung oGTT zum postpartalen Screening DM

□ Ich wünsche ärztliche Begleitung während Schwangerschaft mit Gestationsdiabetes

**Datum**

**Unterschrift und Praxisstempel zuweisender Arzt**

**Anmeldung per Fax an 044 515 35 11 oder per E-mail an ped-zu@hin.ch**