



## Anmeldung 75g OGTT bei Gestationsdiabetes

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Diagnose

Gravida    SSW

Para

### Bitte anbieten für:

- 75g OGTT für Gestationsdiabetes in 12.-16.SSW
- 75g OGTT für Gestationsdiabetes in 24.-28.SSW
- 75g OGTT für Diabetes-Screening 6-8 Wochen postpartal

Mit freundlichen Grüssen

Datum \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift