

Langfristige Nachsorge: 2. Nachuntersuchung der Blutzuckerwerte

Datum Termin:	01.01.2000	Praxis:	Praxisname
venöse nüchtern-Glukose Labor		HbA1c Labor	
Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l		Zahl <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> mmol/mol	
Normalwert: < 100 mg/dl bzw. < 5,6 mmol/l		Normalwert: < 5,7 % bzw. < 38,8 mmol/mol	
Beurteilung			
<input type="checkbox"/> Normaler Blutzucker		<input type="checkbox"/> Erhöhte Nüchtern glukose	
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Glukosetoleranz		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	
Empfehlung 75 g oGTT (oraler Glukosebelastungstest)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Meine aktuellen Werte		Ich stille noch:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gewicht	Blutdruck	BMI (normal: < 25 kg/m ²)	mein Gewichtsziel
Zahl kg	Zahl mmHg	Zahl kg/m ²	Zahl kg
Relevante Laborwerte (z.B. Cholesterin, LDL, HDL, Triglyceride)			
Aufzählung und Beschreibung			
Die nächste Kontrolle meiner Werte sollte stattfinden in: _____ Monaten Jahren,			
in der Praxis: _____			
Meine Ziele: _____			

Weitere Nachsorgetermine nach Vereinbarung

Dieser Nachsorgepass wurde ausgegeben von:



Erstellt von: Dr. Heinke Adamczewski & PD Dr. Friederike Weschenfelder
 © GestDiab-Studiengruppe, 2025, Version 17.06.2025
 Design und Layout: Martina Gierse und Yvonne Heimann MSc

Wie geht es nach einer Schwangerschaft mit Gestationsdiabetes (GDM / Schwangerschaftsdiabetes) weiter?

Nachsorgepass **GDM**

Für: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Tatsächlicher Geburtstermin: _____



Blutzuckermessung nach der Geburt

- ist bei mir nicht zwingend erforderlich
- ich messe meinen Blutzucker nüchtern und 2 Stunden nach einer Mahlzeit vor der Entlassung aus der Geburtsklinik

Meine Blutzucker-Messwerte		Datum:
		01.01.2000
nüchtern	2 Stunden nach dem Essen	
Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	
Grenzwert zur Abklärung: ≥ 126 mg/dl bzw. ≥ 7,0 mmol/l	Grenzwert zur Abklärung: ≥ 200 mg/dl bzw. ≥ 11,1 mmol/l	

Wenn die Blutzuckerwerte erhöht sind, sollte eine ärztliche Beratung noch vor Entlassung aus der Klinik erfolgen oder möglichst bald in der Praxis, in der Sie wegen der Blutzuckerlage während der Schwangerschaft betreut wurden.

Postpartales Diabetes Screening 6 – 12 Wochen nach der Geburt

Datum Termin:	01.01.2000	Praxis:	Praxisname
venöse nüchtern-Glukose	Labor	HbA1c	Labor
Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l		Zahl <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> mmol/mol	
Normalwert: < 100 mg/dl bzw. < 5,6 mmol/l		Normalwert: < 5,7 % bzw. < 38,8 mmol/mol	

75g oGTT-Zuckerbelastungstest

nüchtern	nach 1 Stunde (optional)	nach 2 Stunden
Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Normalwert: < 100 mg/dl bzw. < 5,6 mmol/l		Normalwert: < 140 mg/dl bzw. < 7,8 mmol/l
Beurteilung <input type="checkbox"/> Normaler Blutzucker <input type="checkbox"/> Erhöhte Nüchternglukose <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Glukosetoleranz <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		

Meine aktuellen Werte		Ich stille noch:	
Gewicht	Blutdruck	BMI (normal: < 25 kg/m ²)	mein Gewichtsziel
Zahl kg	Zahl mmHg	Zahl kg/m ²	Zahl kg

Die nächste Kontrolle meiner Werte sollte stattfinden in: _____ Monaten | Jahren,
in der Praxis: _____
Meine Ziele: _____

Angaben über mich

Größe: Zahl cm

Ich hatte in Zahl Schwangerschaften meiner insgesamt Zahl Schwangerschaften einen GDM.

Ich habe bis zum Datum gestillt, also Zahl Monate.
 nicht gestillt.

Ich habe In der Schwangerschaft Insulin eingesetzt: ja nein

Bei meinen Eltern/Geschwistern/Kindern liegt ein Diabetes vor: ja nein

In meiner Schwangerschaft/Geburt gab es Komplikationen: ja nein

Notizen: _____

Langfristige Nachsorge: 1. Nachuntersuchung der Blutzuckerwerte

Datum Termin:	01.01.2000	Praxis:	Praxisname
venöse nüchtern-Glukose	Labor	HbA1c	Labor
Zahl <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l		Zahl <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> mmol/mol	
Normalwert: < 100 mg/dl bzw. < 5,6 mmol/l		Normalwert: < 5,7 % bzw. < 38,8 mmol/mol	

Beurteilung Normaler Blutzucker Erhöhte Nüchternglukose
 Eingeschränkte Glukosetoleranz Diabetes mellitus

Empfehlung 75 g oGTT (oraler Glukosebelastungstest) ja nein

Meine aktuellen Werte		Ich stille noch:	
Gewicht	Blutdruck	BMI (normal: < 25 kg/m ²)	mein Gewichtsziel
Zahl kg	Zahl mmHg	Zahl kg/m ²	Zahl kg

Relevante Laborwerte (z.B. Cholesterin, LDL, HDL, Triglyceride)

Aufzählung und Beschreibung

Die nächste Kontrolle meiner Werte sollte stattfinden in: _____ Monaten | Jahren,
in der Praxis: _____
Meine Ziele: _____