

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



DDG ARBEITSGEMEINSCHAFT
Diabetes & Schwangerschaft

GestDiab

Erstellt von: Dr. Heinke Adamczewski & PD Dr. Friederike Weschenfelder

© GestDiab-Studiengruppe, 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: _____



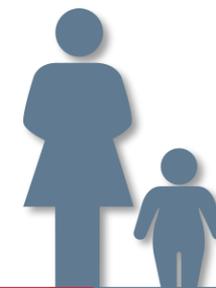
Blutzucker- messung nach der Geburt

- ⊙ Vor Entlassung aus der Geburtsklinik
- ⊙ Bei Frauen mit hohem Risiko, z.B. nach Insulintherapie



Postpartales Diabetes Screening

- ⊙ 6 – 12 Wochen nach der Geburt
- ⊙ Alle Frauen nach GDM



Langfristige Nachsorge

- ⊙ Wiederholt
- ⊙ Alle Frauen nach GDM

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	
<small>Grenzwert zur Abklärung: > 126 mg/dl bzw. > 7,0 mmol/l</small>	<small>Grenzwert zur Abklärung: > 200 mg/dl bzw. > 11,1 mmol/l</small>	

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	
<small>Normalwert: > 100 mg/dl bzw. > 5,6 mmol/l</small>		<small>Normalwert: < 5,7 % bzw. < 38,8 mmol/mol</small>	

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
<small>Normalwert: > 100 mg/dl bzw. > 5,6 mmol/l</small>		<small>Normalwert: > 140 mg/dl bzw. > 7,8 mmol/l</small>
Beurteilung		
<input type="checkbox"/> Normaler Blutzucker		<input type="checkbox"/> Erhöhte Nüchtern glukose
<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	
<small>Normalwert: > 100 mg/dl bzw. > 5,6 mmol/l</small>		<small>Normalwert: < 5,7 % bzw. < 38,8 mmol/mol</small>	

Beurteilung

Normaler Blutzucker Erhöhte Nüchtern glukose
 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: _____