

Formular

Patienteninformation zum OGT Test

Nummer: FO-18688

Name/Vorname/Geburtsdatum des Patienten/in

Sehr geehrte/r Patient/in,

Ihr/e behandelnde/r Ärztin/Arzt hat Ihnen einen **OGTT-Test** („Zuckerbelastungstest“) empfohlen

Ihr Termin ist am ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr

Für die optimale Durchführung des Tests beachten Sie bitte folgendes:

Vor Ihrem Termin

- Essen Sie wie gewohnt, führen Sie keine Diät durch, üben Sie keinen extremen Sport aus
- Im Falle, dass sie das Medikament **Metformin** oder **Siofor** einnehmen setzten Sie dies **2 Tage vor dem Test** ab.

Am Vortag (ca. 22:00 Uhr)

- 8-10 Stunden vor dem Test nichts essen, nach dem Abendbrot nur noch Wasser trinken
- keinen Alkohol trinken, nicht rauchen

Am Untersuchungstag

- Zeitbedarf: Planen Sie in der Praxis **ca. 3 Stunden zum normalen OGT-Test** ein
 - Zum **verlängerten OGT-Test ca. 5 Stunden**
- Kommen Sie **nüchtern** zum Test. Kein Essen (kein Kaugummi!), kein Trinken! (außer Wasser); nicht rauchen!
- Bitte bringen Sie sich für **nach dem Test** eine kleine Mahlzeit & Trinken zum sofortigen Verzehr mit.
- (z.B. Brezel, belegtes Brötchen, Apfel etc.)
- Keine größere körperliche Anstrengung

Nach dem Test

Nach dem Test bekommen Sie einen Telefon-oder Sprechstundentermin, um die Testergebnisse mit Ihrem Arzt besprechen zu können

Sollten Sie den Termin zu dem geplanten Test nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig

Datum/Unterschrift: _____

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer: 0731/938088-0

Vielen Dank
Ihr Praxisteam Endokrinologikum Ulm