

Termin:

Am: _____ um: _____ Uhr

Merkblatt: Oraler Glukose-Toleranztest

Bitte beachten Sie vor dem Termin folgende Punkte:

- ☐ 10 Stunden vorher **nüchtern** bleiben d.h. Sie dürfen nichts essen, nicht rauchen, keinen Kaffee, Tee und keinen Alkohol, Wasser ist erlaubt
- ☐ Nach einem **operativen Eingriff** an Ihrem **Magen** (Bypass, Magenverkleinerung etc.) - darf der **Test nicht durchgeführt** werden – bitte geben Sie uns umgehend Bescheid
- ☐ Mindestens 3 Tage vorher sollten Sie sich **kohlenhydratreich ernähren**. Dies entspricht einer normalen Mischkost.
- ☐ Bewegung: Normale körperliche Aktivitäten.
- ☐ Am Morgen des Tests nehmen Sie bitte folgende Medikamente **nicht** ein: **Cortison, Schilddrüsen-Medikamente, Progesteron, ASS, bestimmte Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac u.ä., Abführmittel und Benzodiazepine** – diese können das Testergebnis verfälschen
- ☐ Bei Frauen: mind. 3 Tage Abstand zur Menstruation.
- ☐ Bei akuten Magen-Darm-Erkrankungen und bei fieberhaften Infekten können wir den Test nicht durchführen – mindestens 14 Tage Abstand zu akuten Erkrankungen
- ☐ Der Test dauert insgesamt 2-3 Std.

Bitte nehmen Sie sich ein kleines Frühstück für nach dem Test mit in die Praxis

MVZ Diabeteszentrum Dr. Tews GmbH

4. Obergeschoss
Herzbachweg 14E
63571 Gelnhausen

Telefon: 06051 91486-0
Telefax: 06051 91486-20
E-Mail: info@tews-diabetes.de

MVZ Diabeteszentrum Dr. Tews GmbH

Lotichiusstraße 48
36381 Schlüchtern

Telefon: 06661 4001
Telefax: 06661 72371
E-Mail: slue@tews-diabetes.de