



Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) - Patienteninformation

Sehr geehrte/r Patient/in

Ihnen wurde die Durchführung eines Glukosetoleranztests (Zuckerbelastungstest) empfohlen.

Ihr Termin ist am	um	Uhr
-------------------	----	-----

Für die optimale Durchführung des Testes beachten Sie bitte:

3 Tage vor Ihrem Termin

- Essen Sie wie gewohnt; führen Sie **keine Diät** durch; üben Sie vor dem Test keine außergewöhnlichen körperlichen Aktivitäten aus.
- Bei Infekten wird der Test nicht durchgeführt, bitte vereinbaren Sie einen neuen Termin.

Am Vortag

- 8-12 Stunden vor dem Test nichts essen, nach dem Abendessen nur noch Wasser trinken
- Essen Sie wie gewohnt, vermeiden Sie größere Mengen Alkohol

Am Untersuchungstag

- Am Testmorgen nüchtern bleiben (Kein Essen, auch kein Kaugummi). Wasser trinken ist erlaubt.
- Manche Medikamente, wie z.B. Metformin, müssen am Morgen oder längerfristig pausiert werden, hierauf wird Ihr Arzt Sie ggf. hinweisen
- Planen Sie in der Praxis ca. 3 Stunden ein
- In seltenen Fällen ist ein „langer“ oGTT bis zu 5 Stunden notwendig, dies bespricht Ihr behandelnder Arzt vorher mit Ihnen.
- Nach dem Test sollen Sie essen und trinken. Um einer Unterzuckerung vorzubeugen, bringen Sie sich bitte etwas zu essen mit (z.B. Brot oder Brötchen, Banane), ggf. auch Ihre Medikamente.
- Privatversicherte erhalten ein Rezept für die Zuckerlösung, gesetzlich versicherte Patienten erhalten die Zuckerlösung in unserer Praxis.

Ablauf des Testes

Melden Sie sich zu dem Termin bitte **an der Anmeldung an**

- Da mehrere Blutentnahmen erfolgen, erhalten Sie eine Venenverweilkanüle.
- Nach der ersten Blutentnahme bekommen Sie 300 ml Zuckerlösung zu trinken.
- Während des Testes bleiben Sie in der Praxis

Nach dem Test

Sie bekommen einen Arztbericht bzw. einen Telefon- oder Sprechstundentermin, um die Ergebnisse zu besprechen.

Kontakt

Falls Sie nicht kommen können, sagen Sie den Termin bitte rechtzeitig ab

Für Rückfragen nutzen Sie bitte unsere Telefonnummer oder das Kontaktformular im Internet.

Datum, Unterschrift Patient/in