

Patientenfragebogen

Name	_____	Krankenkasse	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
geboren am	_____	Handy	_____
Straße	_____	Fax	_____
PLZ, Wohnort	_____	E-Mail	_____

Hausarzt	_____	Telefon	_____
Straße	_____		
Plz, Wohnort	_____		

Größe	_____	Gewicht	_____	BMI	_____
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich				

Familienstand	_____	Kinder	_____
Höchster Schulabschluss	<input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule <input type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife	<input type="radio"/> Hochschulreife <input type="radio"/> anderer	
Berufsausbildung	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> noch in Ausbildung <input type="radio"/> Hochschule	<input type="radio"/> Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre <input type="radio"/> anderer	
Beruf	_____	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig <input type="radio"/> Vollzeit (> 35 h/Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (15 - 35 h/Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (< 15 h/Woche)	<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann <input type="radio"/> arbeitsunfähig <input type="radio"/> berentet <input type="radio"/> anderer

Atteste liegen vor von folgenden Ärzten und Therapeuten:

(bitte anfügen oder zusenden)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Endokrinologe |
| <input type="radio"/> Internist | <input type="radio"/> Orthopäde |
| <input type="radio"/> Diabetologe | <input type="radio"/> Psychologe/Psychiater/Psychotherapeut |
| <input type="radio"/> Kardiologe | <input type="radio"/> Sonstige |

Weitere Unterlagen:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Laborwerte | <input type="radio"/> Nachweis von erfolgten Gewichtsreduktionsmaßnahmen |
| <input type="radio"/> Ernährungsprotokolle (s. Anhang) | <input type="radio"/> Nachweis von Kuren |

Diagnose

- Übergewicht
- Adipositas Grad 1
- Adipositas Grad 2
- Adipositas Grad 3
- Super-Adipositas (>BMI 50 kg/m²)

Begleiterkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck, seit wann (Jahr): _____
- Koronare Herzkrankung
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Herzrhythmusstörungen

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes mellitus, Typ 2, nicht insulinpflichtig, seit (Jahr): _____
- Diabetes mellitus, Typ 2, insulinpflichtig, seit (Jahr): _____
- erhöhte Cholesterinspiegel
- erhöhte Triglyceridspiegel
- Fettleber
- Gicht
- Rheumatische Erkrankungen

Endokrine (hormonelle) Erkrankungen

- Unterfunktion der Schilddrüse
- Erkrankung der Nebennieren
- PCO-Syndrom
- Zyklus-Störung
- Menopause, seit (Jahr): _____
- Kinderwunsch

Tumorerkrankung

- An welchem Organ? _____
- Wann? _____
- < 5 Jahre

Gastrointestinale (Magen/Darm) Erkrankungen

- Refluxösophagitis / Sodbrennen
- Vorerkrankungen am Magen
- Vorerkrankungen am Darm
- Gallensteine

Erkrankungen des Bewegungs- und Gelenkapparates

- Erkrankungen der Wirbelsäule
- Hüftarthrose
- Kniearthrose
- Arthrose der Wirbelsäulengelenke
- Sonstige: _____

Psychiatrische Erkrankungen

- Depressionen
- Ängste, Anpassungsstörungen u.a.
- Sonstige: _____

Sonstiges

- Schlafapnoe-Syndrom
- CPAP-Maske
- Asthma
- Inkontinenz

Medikamente	Dosis	morgen	mittags	abends
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bereits erfolgte Adipositas-Operation:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magenballon | <input type="checkbox"/> Magenbypass |
| <input type="checkbox"/> Magenschrittmacher | <input type="checkbox"/> Omega-Loop |
| <input type="checkbox"/> Magenband | <input type="checkbox"/> Biliopankreatische Teilung (Scopinaro / Larrad) |
| <input type="checkbox"/> Vertikale Gastroplastik | <input type="checkbox"/> Biliopankreatische Teilung (Duodenal - Switch) |
| <input type="checkbox"/> Schlauchmagen (Sleeve) | <input type="checkbox"/> SADI/S |
| | <input type="checkbox"/> DJOS |

Wenn Ja:

Offene Operation Schlüssellochtechnik

Zeitpunkt der Erst-OP: _____

Chirurg/Klinik: _____

Ausgangsgewicht vor OP/BMI: _____

Niedrigstes Gewicht nach OP/BMI: _____

Weitere Operationen:

Gallenblasenentfernung wann: _____ Offene Operation Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung wann: _____ Offene Operation Schlüssellochtechnik

Operation am Magen Offene Operation Schlüssellochtechnik

Welche/Wann: _____

Operation am Darm Offene Operation Schlüssellochtechnik

Welche/Wann: _____

Operation an der Bauchwand Offene Operation Schlüssellochtechnik

Welche/Wann: _____

Andere Operationen am Bauch Offene Operation Schlüssellochtechnik

Welche/Wann: _____

Operation an der Gebärmutter/Eierstöcke/Kaiserschnitt Offene Operation Schlüssellochtechnik

Welche/Wann: _____

Sonstige Operationen (welche, wann)

Zeitpunkt der ersten Diät/Gewichtsreduktionsmaßnahme: _____

Bitte geben Sie mindestens die letzten 3 Diätversuche an:

Abnehmversuch 1	Abnehmversuch 2	Abnehmversuch 3
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur
<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast
<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers
<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept
<input type="checkbox"/> Appetitzügler	<input type="checkbox"/> Appetitzügler	<input type="checkbox"/> Appetitzügler
<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)
<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Jahr: _____	Jahr: _____	Jahr: _____
Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____
Gewichtsverlust in kg: _____	Gewichtsverlust in kg: _____	Gewichtsverlust in kg: _____
Erneute Gewichtszunahme kg: _____	Erneute Gewichtszunahme kg: _____	Erneute Gewichtszunahme kg: _____
Grund für Abbruch der Diät: _____	Grund für Abbruch der Diät: _____	Grund für Abbruch der Diät: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Abnehmversuch 4	Abnehmversuch 5	Abnehmversuch 6
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha/Kur
<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast
<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers
<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept
<input type="checkbox"/> Appetitzügler	<input type="checkbox"/> Appetitzügler	<input type="checkbox"/> Appetitzügler
<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (ärztlich begleitet)
<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> Andere (nicht ärztlich begleitet)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Jahr: _____	Jahr: _____	Jahr: _____
Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____
Gewichtsverlust in kg: _____	Gewichtsverlust in kg: _____	Gewichtsverlust in kg: _____
Erneute Gewichtszunahme kg: _____	Erneute Gewichtszunahme kg: _____	Erneute Gewichtszunahme kg: _____
Grund für Abbruch der Diät: _____	Grund für Abbruch der Diät: _____	Grund für Abbruch der Diät: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

