

Patientenfragebogen

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

Hausarzt _____	
Straße _____	Telefon _____
Plz, Wohnort _____	

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

Familienstand _____	Kinder _____
----------------------------	---------------------

Höchster	<input type="radio"/> ohne Abschluss	<input type="radio"/> Hochschulreife
-----------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Schulabschluss	<input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule	<input type="radio"/> anderer
	<input type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife	

Berufs-	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
ausbildung	<input type="radio"/> noch in Ausbildung	<input type="radio"/> anderer
	<input type="radio"/> Hochschule	

Beruf	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig	<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann
	<input type="radio"/> Vollzeit (> 35 h/Woche)	<input type="radio"/> arbeitsunfähig
	<input type="radio"/> Teilzeit (15 - 35 h/Woche)	<input type="radio"/> berentet
	<input type="radio"/> Teilzeit (< 15 h/Woche)	<input type="radio"/> anderer

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): _____
- erhöhter Cholesterinspiegel
- erhöhter 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? _____

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
- Nikotin
- 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 (Minibypass) |
| <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 (minimal-invasiv)
- 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)

Übergewicht seit (Jahr): _____
Höchstes Gewicht bisher: _____ **In welchem Jahr:** _____
Gewicht der letzten 5 Jahre: 2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____
Wunschgewicht: _____
Adipositas in der Familie Mutter: Nein Ja Unbekannt
 Vater: Nein Ja Unbekannt
 Kind(er): Nein Ja Keine Kinder Unbekannt
 Geschwister: Nein Ja Keine Geschw. Unbekannt
Beweglichkeit außer Haus Frei Nur mit Hilfsmitteln Sehr eingeschränkt (immobil)

Hauptmahlzeiten pro Tag _____
Zwischenmahlzeiten pro Tag _____

Ursache/ auslösender Moment/ Essverhalten

- zu schnelles Essen
- zu große Portionen
- zu viele Süßigkeiten und süße Getränke (Sweet Eater)
- wieviel süße Getränke (Liter / Tag): _____
- zu viel Brot, Reis, Nudeln
- zu viel Fett
- keine regelmäßigen Mahlzeiten
- zu viele Zwischenmahlzeiten
- kein Sättigungsgefühl

- falsche Ernährung in der Kindheit
- Konfliktsituation im Elternhaus
- einschneidende Erlebnisse in der Kindheit
- alles auf dem Teller aufessen
- ungenügendes Wissen über Ernährung
- Essstörungen in der Kindheit oder als Jugendliche/r Anorexie
- Bulimie
- Esssucht

- Essanfälle, wie oft? 1 mal / Woche
- 2-3 mal / Woche
- 5-7 mal / Woche
- Binge Eating Disorder
- Nacht-Esser

- Essen aus Einsamkeit
- Essen aus Langeweile
- Essen als Belohnung
- Essen als Trost
- Essen bei Stress

- Arbeitswechsel/-belastung
- soziale Belastung, Unstimmigkeiten in der Familie
- Medikamenteneinnahme, wie bspw. Cortison
- Krankheit; Unfall
- aufgehört zu rauchen
- Alkohol
- älter werden
- Sonstiges: _____

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

Aktuelle Therapie

Machen Sie aktuell eine Ernährungstherapie?

- Nein
- Ja, _____

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

- Nein
- Ja, _____
 - weniger als 1 Stunde pro Woche
 - 1 bis 2 Stunde pro Woche
 - mehr als 2 Stunden pro Woche

Machen Sie aktuell eine Verhaltenstherapie?

- Nein
- Ja, _____

Persönliche Mitteilung:

Datum:

Unterschrift:
