

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"/> Hochschulreife	
	<input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule	<input type="radio"/> anderer	
	<input type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife		
Berufs- ausbildung	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre	
	<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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? Nein Ja
Waren jemals Blutübertragungen notwendig? Nein Ja
Bestehen Gründen gegen eine Blutübertragung? Nein Ja

Bereits erfolgte Adipositas-Operation:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Magenballon | <input type="radio"/> Magenbypass |
| <input type="radio"/> Magenschrittmacher | <input type="radio"/> Omega-Loop (Minibypass) |
| <input type="radio"/> Magenband | <input type="radio"/> Biliopankreatische Teilung (Scopinaro / Larrad) |
| <input type="radio"/> Vertikale Gastroplastik | <input type="radio"/> Biliopankreatische Teilung (Duodenal - Switch) |
| <input type="radio"/> Schlauchmagen (Sleeve) | <input type="radio"/> SADI/S |
| | <input type="radio"/> 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: 2019: _____ 2020: _____ 2021: _____ 2022: _____ 2023: _____
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: _____	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"/> 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: _____	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: _____
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

