

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 Schulabschluss ohne Abschluss Hochschulreife

Hauptschule / Volksschule anderer
 Realschule / Mittlere Reife

Berufsausbildung keine Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
 noch in Ausbildung anderer
 Hochschule

Beruf _____ nicht erwerbstätig Hausfrau/Hausmann
_____ Vollzeit (> 35 h/Woche) arbeitsunfähig
_____ Teilzeit (15 - 35 h/Woche) berentet
_____ Teilzeit (< 15 h/Woche) 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: 2020: _____ 2021: _____ 2022: _____ 2023: _____ 2024: _____
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"/> 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: _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

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:
