

## FRAGEBOGEN - ADIPOSITASSPRECHSTUNDE

Datum der ambulanten Vorstellung:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Straße, Hausnr.	
Postleitzahl, Ort)	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Krankenkasse	
Hausarzt	
Mitbehandelnde Ärzte	

Größe

Gewicht

BMI

Die drei Angaben zu Größe, Gewicht und BMI werden in der Sprechstunde ausgefüllt!

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie stellen sich heute in unserer Klinik vor, weil Sie an einer Behandlung Ihres Übergewichtes interessiert sind. Unser Schwerpunkt liegt in der operativen Therapie der hochgradigen Adipositas ab einem BMI von 40 kg/m<sup>2</sup>, bei Diabetes mellitus ab 35 kg/m<sup>2</sup>.

Zunächst bitten wir Sie, die folgenden Fragen genau zu beantworten. Weitere Einzelheiten werden Ihnen anschließend im Gespräch dargestellt.

**Bitte bringen Sie zum ersten Vorstellungsgespräch alle wichtigen medizinischen Unterlagen, Medikamentenplan, Allergiepass, eventuell bereits vorhandene Atteste etc., mit.**

Bei Unklarheiten können Sie sich gerne an Frau Brettmann-Zankl wenden, sie ist Ihre Ansprechpartnerin für Terminvereinbarungen und offene Fragen.

Kontakt: Tel.: 0871 – 404 – 2198 E-Mail: [renate.zankl@lakumed.de](mailto:renate.zankl@lakumed.de)

Ihr Fragebogen wird streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Dieses Feld wird zusammen mit Ihnen bei der Erstvorstellung ausgefüllt:

Derzeitiges Gewicht:	..... kg	Größe: .....	cm
Berechnetes Normalgewicht:	.....kg	BMI: .....	kg/m <sup>2</sup>
Bisheriges Maximalgewicht	..... kg	im Jahr	.....
<b>Edmonton Obesity Staging System</b>	.....		

## **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

Körpergröße ..... cm

Derzeitiges Gewicht ..... kg

Höchstes je erreichtes Gewicht ..... kg

Wann war das: .....

Wunschgewicht ..... kg

Wann begann das Übergewicht? .....

Seit wann ist Ihr Übergewicht ein Problem für Sie? .....

### **Sind weitere Familienmitglieder ähnlich übergewichtig?**

Mutter: Ja  Nein

Vater: Ja  Nein

Geschwister: Ja  Nein

Eigene Kinder: Ja  Nein

### **Gibt es in Ihrer Familie Verwandte mit Diabetes mellitus?**

Ja

Nein

### **Familienstand**

Feste Partnerschaft

getrennt lebend

alleinstehend

verwitwet

**Haben Sie Kinder?**

Ja                       Nein

Falls ja: Wieviele Kinder haben Sie und wie alt sind diese?

.....  
.....

**Erlerner Beruf** .....

**Derzeit ausgeübter Beruf/Tätigkeit** .....

**Arbeiten Sie im Schichtdienst?** .....

**Welche Essgewohnheiten treffen für Sie zu?**

- |  |                                 |                                 |                              |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Viele Mahlzeiten                             | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Große Mahlzeiten                             | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Unregelmäßige Mahlzeiten                     | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Zwischendurchessen                           | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Vermeehrt Süßigkeiten                        | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie zuckerhaltige Getränke?          | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Werden Sie trotz großer Portionen spät satt? | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie das Gefühl, normal zu essen?       | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Können Sie Essen genießen?                   | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie „Essanfälle“?                      | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Erbrechen Sie nach dem Essen?                | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Essen Sie nachts?                            | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Essen Sie mehr bei Stress?                   | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Essen Sie mehr, wenn Sie traurig sind?       | häufig <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |

**Wie oft trinken Sie Fruchtsäfte, Limonaden, Spezi, Eistee oder ähnliches pro Woche?**

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

**Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?**

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

**Welche ist Ihre Hauptmahlzeit?**

.....

**Was ist Ihr Lieblingsessen?**

.....

**Worin sehen Sie Ihr größtes Problem mit dem Essen?**

.....  
.....

**Fragen zu Ihrem Bewegungsverhalten**

**Wie oft bewegen Sie sich mehr als 30 Minuten?**

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

**Machen Sie aktuell Sport?**

Ja  Nordic Walking  Schwimmen  Aquagymnastik   
Fitness  Fahrradfahren  Spaziergehen  Sonstiges: .....

Nein

**Besuchen Sie aktuell ein Fitnessstudio?**

Ja  täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche   
Nein

**Haben Sie einen Schrittzähler?**

Ja  Nein

**Haben Sie schon einmal Rehasport gemacht?**

Ja  wann ..... wielange .....

Nein

**Wie würden Sie aktuell Ihren Gesundheitszustand einschätzen?**

sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	sehr schlecht

**Wie würden Sie aktuell Ihre allgemeine Zufriedenheit einschätzen?**

sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	sehr schlecht

**Welche Diäten und Programme unter Anleitung haben Sie bisher durchgeführt?**

Diätprogramm	Zeitraum (Wann bis wann)	Gewicht vorher	Gewicht nachher
Weight Watchers®			
Abnehmen - aber mit Vernunft®			
Optifast®			
Almased®			

FDH			
Brigitte-Diät			
Metabolic balance			
Formula-Diät(Eiweißshake)			

**Wieviele Abnehmversuche/Diäten in Eigenregie haben Sie schon gemacht?**

keine	0 - 5	5 – 10	Mehr als 10

**Haben Sie bereits Kuren oder stationäre Rehabehandlungen durchgeführt?**

Klinik	Zeitraum (Wann bis wann)	Gewicht vorher	Gewicht nachher

**Haben Sie bereits Medikamente zum Abnehmen eingenommen?**

Medikamentenname	Zeitraum der Einnahme	Gewichtsverlust	Grund der Beendigung

**Hinweis:** Einige Medikamente zur Unterstützung der Gewichtsreduktion wurden wieder vom Markt genommen.

**Rauchen Sie?**

0 Zig/Tag	0 – 5 Zig/Tag	5 – 10 Zig/Tag	10 – 20 Zig/Tag	Mehr als 20 Zig/Tag

Haben Sie früher geraucht? .....  
 Wenn ja, wie lange und wie viel: .....

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

**Diabetes (Zuckerkrankheit)**                      Ja                       Nein

Wenn ja:                      Seit wann leiden Sie an Diabetes: .....

- **spritzen Sie Insulin?**                      Ja  seit .....                      Nein
- **Nehmen Sie Medikamente**                      Ja  seit .....                      Nein
- **Kennen Sie Ihren HbA1c-Wert?**                      .....

Wurde ein Schwangerschaftsdiabetes festgestellt?                      Ja                       Nein

Wurde eine Insulinresistenz festgestellt?                      Ja                       Nein

### Gelenkverschleiß (Arthrose)

Ja       Nein

Hüftgelenk     Kniegelenk     Fußgelenke     Wirbelsäule

anderes Gelenk .....

### Bluthochdruck

Ja

Nein

Wird dieser mit Medikamenten behandelt? Ja

Nein

### Herzerkrankung

Herzrhythmusstörung

Herzkranzgefäßverengung

Herzschwäche

Herzklappenfehler

Wurde bereits eine **Herzkatheter-Untersuchung** bei Ihnen gemacht?

Ja

Nein

### Schlafapnoesyndrom

Schnarchen Sie vermehrt?

Ja     Nein

Sind Atemaussetzer beobachtet worden?

Ja     Nein

Besteht starke Müdigkeit am Tag?

Ja     Nein

Wurde bereits eine Untersuchung wegen Schlafapnoe gemacht? Ja

Nein

Haben Sie ein Schlafapnoegerät?

Ja     Nein

Falls Sie ein Gerät haben, seit wann?

.....

---

### Asthma bronchiale

Ja

Nein

Anfallsartige Atemnot

Belastungsabhängige Atemnot

Benutzung von Asthmasprays

Allergisches Asthma

Erhöhte **Harnsäurewerte/Gicht**

Ja

Nein

Erhöhte **Blutfettwerte**

Ja

Nein

### Hautveränderungen

häufige Entzündungen

offene Stellen

Krampfadern

Dehnungsstreifen



## Allergien

Keine

Gräser, Pollen, Tierhaare

Medikamente

.....  
.....

Wurden **Gallensteine** festgestellt ?

Ja

Nein

Wurde bereits eine **Magenspiegelung** gemacht? Ja

Nein

➤ falls ja, mit welchem Ergebnis? .....

Wurde bereits eine **Darmspiegelung** gemacht? Ja

Nein

➤ falls ja, mit welchem Ergebnis? .....

Leiden Sie unter **Sodbrennen**?

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

Müssen Sie **Medikamente gegen Sodbrennen** einnehmen?

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

Leiden Sie unter **Aufstoßen**?

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

Leiden Sie unter **Erbrechen**?

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

Leiden Sie unter **Durchfall**?

täglich  mehrmals pro Woche  höchstens einmal pro Woche  nie

Leiden Sie unter **Verstopfung**?

Ja

Nein

Leiden Sie an einer **anderen Erkrankung des Magen-Darmtraktes**?

Lactoseintoleranz

Zöliakie

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

Reizdarm



**Nehmen Sie Medikamente bei Bedarf ein?**

Ja

Nein

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

**Wurden Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt?**

Ja

Nein

Wann?	Warum? (Diagnose/Grund)



**Werden Sie von Ihrem Hausarzt oder Internisten in Ihrem Vorhaben unterstützt?**

Ja

Nein, bisher noch nicht

**Welche Methoden der operativen Behandlung der Adipositas bzw. des Diabetes mellitus bei Übergewicht kennen Sie bereits?**

Magenband

Magenballon

Schlauchmagen

Bypass

Andere  .....

**Welche Fragen möchten Sie im Rahmen des heutigen Gespräches mit Ihrem Arzt besprechen?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Von wem wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?**

Hausarzt

Internist

Orthopäde

Diabetologe

Empfehlung durch Bekannte

Internet

aus eigenem Antrieb

anders  .....