



**Referenzzentrum**  
 für Adipositaschirurgie

**Fragebogen zur Adipositassprechstunde**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**Sie stellen sich heute das erste Mal in unserer Adipositas-Sprechstunde vor. Aus medizinischen Gründen benötigen wir einige Angaben zu Ihren bisherigen Behandlungen, um uns ein besseres Bild von Ihrer Situation machen zu können. Wir bitten Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

**Personalien:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Gewichtsverlauf:**

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_

Übergewicht besteht seit Lebensjahr: \_\_\_\_\_

Gab es einen auslösenden Moment? \_\_\_\_\_

Ihr Wunschgewicht liegt bei \_\_\_\_\_ kg

Ihr höchstes Gewicht als Erwachsener war \_\_\_\_\_ kg, das war im Jahr \_\_\_\_\_

Ihr niedrigstes Gewicht als Erwachsener war \_\_\_\_\_ kg, das war im Jahr \_\_\_\_\_

Geschäftsführer:  
 Frank Böker (Vorsitz)  
 Ansgar Hermeier

Vorsitzender des  
 Gesellschafterausschusses:  
 Thilo v. Selchow

Krankenhausdirektor:  
 Helmut Häfner  
 Kurator:  
 Egon Frhr. von Knobelsdorff

Bankverbindung:  
 Sparkasse Köln/Bonn  
 BIC COLSDE33XXX  
 IBAN DE96 3705 0198 0008 5535 05  
 Bank für Kirche und Diakonie eG  
 IBAN DE10 3506 0190 1011 6130 19  
 BIC GENODED1DKD



Im Alter von 18 Jahren habe ich \_\_\_\_\_ kg gewogen.

**Allgemeine Fragen:**

Leben Sie in einer Partnerschaft:  Nein  Ja

Anzahl und Alter der leiblichen Kinder: \_\_\_\_\_

Unerfüllter Kinderwunsch?  Nein  Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:  ohne Abschluss  Hochschulreife  
 Hauptschule/Volksschule  anderer  
 Realschule/Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung?  keine  Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre  
Welche?  noch in Ausbildung  anderer  
 Hochschule

Sind Sie derzeit erwerbstätig?  nicht erwerbstätig  Hausfrau/mann  
 Vollzeit (> 35 h/Woche)  arbeitsunfähig  
 Teilzeit (15-35 h/Woche)  berentet  
 Teilzeit (< 15 h/Woche)  anderer

Gelernter Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas? Mutter:  Nein  Ja  unbekannt  
Vater:  Nein  Ja  unbekannt  
Kind(er):  Nein  Ja  keine Kinder   
unbekannt  
Geschwister:  Nein  Ja  keine Geschwister   
unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)?  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt

Rauchen Sie und wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Haben Sie aufgehört mit Rauchen? Wenn ja wann und wieviel haben Sie vorher geraucht?  
\_\_\_\_\_

### **Fragen zu Ihrer Gesundheit:**

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1 (Jahr):_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit
Diabetes Typ 2 (Jahr):_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> CPAP-Maske
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Welche? _____			
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann? _____

### **Medikamente**

Medikament	morgens	mittags	abends
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			

### **Operationen**

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

_____
_____
_____
_____

### **Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten:**

Essen Sie täglich Süßigkeiten?  Nein  Ja

Essen Sie nachts?  Nein  Ja

Haben Sie Essanfälle?  Nein  Ja

Haben Sie regelmäßige Mahlzeiten?  Nein  Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Neben-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Können Sie große Nahrungsmengen zuführen?  Nein  Ja

Essen Sie eher kleine Mengen und dafür häufiger?  Nein  Ja

Essen Sie lieber herhaft/deftig?  Nein  Ja

Können Sie ein Sättigungsgefühl verspüren?  Nein  Ja

Welche Getränke nehmen Sie täglich zu sich und wieviel davon?

---

---

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja

### **Diätversuche:**

Ihre erste Diät haben Sie gemacht mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Gewichtsreduktion ein?

Wenn ja, welche (z.B. Xenical, Reduktil): \_\_\_\_\_

Wie viel Gewicht haben Sie verloren?: \_\_\_\_\_

Die bisher größte Gewichtsabnahme war \_\_\_\_\_ kg, das war im Jahr \_\_\_\_\_.

Bitte geben Sie die 3 letzten Diätversuche an. Wie viel Gewicht haben Sie dabei reduziert können?

Nr.	Diätform	Jahr	Dauer	Gewichtsverlust	Wie lange konnten Sie das Gewicht halten?
1.					
2.					
3.					
.					

Befinden Sie sich **aktuell** in einer **Ernährungsberatung**? \_\_\_\_\_

Wenn ja, seit wann und bei wem? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den vergangenen Jahren an einer Ernährungsberatung teilgenommen? (z.B. in einer Reha-Maßnahme, über eine Ernährungsfachkraft, ggf. bezuschusst über die Krankenkasse, im Krankenhaus während eines stationären Aufenthalts)

Nr.	Jahr	Dauer	Wo?
1.			
2.			
3.			
4.			

Welchen **Sport/welche Bewegungstherapie** führen Sie **aktuell** durch?

Nr.	Was genau?	Wie oft / Woche ?	Wie viele Stunden?
1.			
2.			
3.			

Welchen Sport/welche Bewegungstherapie haben Sie in den vergangenen Jahren durchgeführt?

Nr.	Was genau?	Wie oft / Woche ?	Wie viele Stunden?
1.			
2.			
3.			

Befinden Sie sich **aktuell** in einer **Psychotherapie oder Verhaltenstherapie**?

Wenn ja, seit wann, warum und bei wem?

Haben Sie in den vergangenen Jahren an einer Psychotherapie oder Verhaltenstherapie teilgenommen?

Was?	Warum?	Wann?	Wie lange?

Nehmen Sie **aktuell** an einer **Selbsthilfegruppe Adipositas** teil?

Wenn ja, seit wann und wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den vergangenen Jahren an einer Selbsthilfegruppe Adipositas teilgenommen?

Nr.	Jahr	Dauer	Welche Selbsthilfegruppe?
1.			
2.			
3.			

**Sozial-Anamnese/Empfehlungen (wird vom Arzt/Ärztin ausgefüllt):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

