

**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 _____

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael SchlickumVorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Thilo v. Selchow

Krankenhausdirektor:

Andreas Heuser

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

Ihr niedrigstes Gewicht als Erwachsener war _____ kg, das war im Jahr _____

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? _____			
Schilddrüsenerkrankung	<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

Allergien

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, Redukttil): _____

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 reduzieren 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):
