

Fragebogen zur Adipositasprechstunde

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: _____



Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael Schlickum

Vorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Felix von Saucken:

Bankverbindung:
Kreissparkasse Stendal
IBAN: DE57 8105 0555
3010 0051 80
BIC: NOLADE21SDL

Zweigniederlassung Stendal:
Krankenhausdirektor: Jens Domke
Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

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 _____

Im Alter von 18 Jahren habe ich _____ kg gewogen.

Allgemeine Fragen:Leben Sie in einer Partnerschaft: Nein Ja

Anzahl und Alter der Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch? Nein Ja

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

Gelernter Beruf _____

Aktuelle Berufliche Tätigkeit _____

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael SchlickumVorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Felix von Saucken:Bankverbindung:
Kreissparkasse Stendal
IBAN: DE57 8105 0555
3010 0051 80
BIC: NOLADE21SDLZweigniederlassung Stendal:
Krankenhausdirektor: Jens Domke
Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter: Nein Ja unbekannt

Vater: Nein Ja unbekannt

Kind(er): Nein Ja keine Kinder

Geschwister: Nein Ja keine Geschwister

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)? frei 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 Nein Ja, seit (Jahr): _____

Diabetes Typ 2 Nein Ja, seit (Jahr): _____

Bluthochdruck Nein Ja

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) Nein Ja CPAP-Maske

Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Harnsäureerhöhung / Gicht Nein Ja

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom) Nein Ja

Gelenkerkrankungen/schmerzen Nein Ja

Welche? _____

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Welche? _____

Leiden Sie unter Depressionen? Nein Ja

Leiden Sie unter Harninkontinenz? Nein Ja

Leiden Sie unter Sodbrennen Nein Ja

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Nein Ja

Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? Nein Ja

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)? Nein Ja, seit (Jahr): _____

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael Schlickum

Vorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Felix von Saucken:

Bankverbindung:
Kreissparkasse Stendal
IBAN: DE57 8105 0555
3010 0051 80
BIC: NOLADE21SDL

Zweigniederlassung Stendal:
Krankenhausdirektor: Jens Domke
Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

Können Sie große Nahrungsmengen zuführen? Nein Ja

 Essen Sie eher kleine Mengen und dafür häufiger? Nein Ja

 Essen Sie lieber herzhaft/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 reduzieren können?

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

 Geschäftsführer:
 Frank Böker (Vorsitz)
 Matthias Becker
 Michael Schlickum

 Vorsitzender des
 Gesellschafterausschusses:
 Felix von Saucken:

 Bankverbindung:
 Kreissparkasse Stendal
 IBAN: DE57 8105 0555
 3010 0051 80
 BIC: NOLADE21SDL

 Zweigniederlassung Stendal:
 Krankenhausdirektor: Jens Domke
 Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

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.			

 Geschäftsführer:
 Frank Böker (Vorsitz)
 Matthias Becker
 Michael Schlickum

 Vorsitzender des
 Gesellschafterausschusses:
 Felix von Saucken:

 Bankverbindung:
 Kreissparkasse Stendal
 IBAN: DE57 8105 0555
 3010 0051 80
 BIC: NOLADE21SDL

 Zweigniederlassung Stendal:
 Krankenhausdirektor: Jens Domke
 Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

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):

Geschäftsführer:
 Frank Böker (Vorsitz)
 Matthias Becker
 Michael Schlickum

Vorsitzender des
 Gesellschafterausschusses:
 Felix von Saucken:

Bankverbindung:
 Kreissparkasse Stendal
 IBAN: DE57 8105 0555
 3010 0051 80
 BIC: NOLADE21SDL

Zweigniederlassung Stendal:
 Krankenhausdirektor: Jens Domke
 Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich die **Mitglieder der Adipositas-Klinik der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Johanniter-Krankenhauses Stendal** und die **Teilnehmer des Adipositas-Boards** von der ärztlichen Schweigepflicht zwecks Besprechung meiner Krankengeschichte und Weitergabe von medizinischen Befunden.

Datum

Unterschrift des Patienten

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael Schlickum

Vorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Felix von Saucken:

Bankverbindung:
Kreissparkasse Stendal
IBAN: DE57 8105 0555
3010 0051 80
BIC: NOLADE21SDL

Zweigniederlassung Stendal:
Krankenhausdirektor: Jens Domke
Kurator: Prof. Dr. G. Gademann

Johanniter GmbH

Zweigniederlassung Stendal

Johanniter-Krankenhaus Stendal

- Schwerpunktkrankenhaus -
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Wendstraße 31
39576 Hansestadt Stendal

Vivien Puls
Chefarztsekretariat Allgemein- und
Viszeralchirurgie
allgemeinchirurgie@sdl.johanniter-kliniken.de
Telefon (03931) 661101

www.johanniter.de/johanniter-kliniken/stendal/medizin-pflege/allgemein-und-viszeralchirurgie/

Einverständniserklärung Befundübersendung

Ich _____
Name, Vorname Geb. Datum

Anschrift

erkläre mich einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt des Johanniter-Krankenhauses Stendal meinem Hausarzt oder Facharzt die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt / Facharzt ist:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Michael Schlickum

Vorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Felix von Saucken:

Bankverbindung:
Kreissparkasse Stendal
IBAN: DE57 8105 0555
3010 0051 80
BIC: NOLADE21SDL

Zweigniederlassung Stendal:
Krankenhausdirektor: Jens Domke
Kurator: Prof. Dr. G. Gademann