

Johanniter-Krankenhaus · Johanniterstraße 3-5 · 53113 Bonn



**Johanniter GmbH**  
**Johanniter-Krankenhaus**  
**Abteilung Allgemein- und**  
**Viszeralchirurgie**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-  
Universität Bonn

Johanniterstraße 3-5  
53113 Bonn

Telefon 0228 543-3680

Fax 0228 543-2311

E-Mail [ChirurgieJK@bn.johanniter-  
kliniken.de](mailto:ChirurgieJK@bn.johanniter-kliniken.de)

[www.bn.johanniter-kliniken.de](http://www.bn.johanniter-kliniken.de)

USt-IdNr. DE 297 619 747

## **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: \_\_\_\_\_

### **Gewichtsverlauf:**

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

BMI: \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_

Geschäftsführer:  
Frank Böker (Vorsitz)  
Matthias Becker

Vorsitzender des  
Gesellschaftsausschusses:  
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



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

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

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

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 \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

**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 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.					
.					

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):**

---

---

---

---

---

---

---



# JOHANNITER

Johanniter-Krankenhaus · Johanniterstraße 3-5 · 53113 Bonn

**Johanniter GmbH**  
**Johanniter-Krankenhaus**  
**Abteilung für Allgemein- und**  
**Viszeralchirurgie**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-  
Universität Bonn

Johanniterstraße 3-5  
53113 Bonn

Telefon 0228 543-3680

Fax 0228 543-2311

E-Mail [chirurgieJK@bn.johanniter-kliniken.de](mailto:chirurgieJK@bn.johanniter-kliniken.de)

[www.bn.johanniter-kliniken.de](http://www.bn.johanniter-kliniken.de)

USt-IdNr. DE 297 619 747

Datum	E-Mail	Tel./Fax (Durchwahl)
	<a href="mailto:ChirurgieJK@bn.johanniter-kliniken.de">ChirurgieJK@bn.johanniter-kliniken.de</a>	0228 543-3680

## Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

Hiermit entbinde ich die **Mitglieder des Adipositas-Zentrums Bonn/Rhein-Sieg** 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

Vorsitzender des  
Gesellschaftsausschusses:  
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



Johanniter GmbH  
Johanniter-Krankenhaus / Waldkrankenhaus  
Akademische Lehrkrankenhäuser der  
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Johanniterstraße 3-5 / Waldstr. 73  
53113 Bonn / 53177 Bonn

[www.bn.johanniter-kliniken.de](http://www.bn.johanniter-kliniken.de)

## Einverständniserklärung Befundübersendung

Ich .....  
Name, Vorname Geb.Datum

.....  
Anschrift

erkläre mich einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt der Johanniter-Kliniken Bonn bei 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.

Form Nr.	Genehmigt	Freigegeben	Seite
Form 398	17.02.2022 Peter Lutzer	17.02.2022 Peter Lutzer	1 von 1