



FRAGEBOGEN - ADIPOSITASSPRECHSTUNDE

Datum der ambulanten Vorstellung:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Straße, Hausnr.)	
PLZ, 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/m², bei Diabetes mellitus ab 35 kg/m². 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: renete.zankl@la-regio-kliniken.de)

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



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Erhebungsbogen für das Erstgespräch



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader[®]" von der Herstellerwebseite verwenden: www.get.adobe.com/reader/

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen, die Antworten werden dann manuell übertragen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: _____

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? _____ kg in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? Nein Ja

Anzahl 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? Welche?

keine Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

noch in Ausbildung anderer

Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?

nicht erwerbstätig Hausfrau/Hausmann

Vollzeit (> 35 h/Woche) arbeitsunfähig

Teilzeit (15 - 35 h/Woche) berentet

Teilzeit (< 15 h/Woche) anderer

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 (immobil)

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

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

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Operationen

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

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____ im Jahr: _____

Operationen am Magen Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen am Darm Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand
(Brüche, plastische Operationen) Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

andere Operationen am Bauch Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken
(bei Frauen) Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Sonstige Operationen:

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten? Nein Ja

Essen Sie nachts? Nein Ja

Haben Sie Essanfälle? Nein Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag _____

Neben-Mahlzeiten pro Tag _____

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) _____

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 2

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 3

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach? Nein
 weniger als 1 Stunde pro Woche
 1 bis 2 Stunde pro Woche
 mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche _____

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) _____

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).
 Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	niemals	in seltenen Fällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	über- haupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>