

## Nachsorgebogen Adipositassprechstunde

Wird vom Adipositaszentrum ausgefüllt

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

Nachsorge am: \_\_\_\_\_

nach OP-Verfahren: \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_



- 3 - Monats - Nachsorge                       6 - Monats - Nachsorge  
 12 - Monats - Nachsorge                       jährliche Nachsorge

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 bitte füllen Sie in Vorbereitung auf Ihren Termin den vorliegenden Fragebogen sorgfältig aus.  
 Wir freuen uns auf den gemeinsamen Termin zur Nachsorge.

Größe: _____ cm      präoperatives Gewicht: _____ kg      aktuelles Gewicht: _____ kg			
abgenommen seit OP: _____ kg		BMI: _____ kg/m <sup>2</sup>	
<b>Haben Sie aktuell noch Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?</b>			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> online	
<b>Nehmen Sie eine ambulante Ernährungsberatung in Anspruch?</b>			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> ich fühle mich gut informiert	
Befinden Sie sich aktuell in einer ambulanten Psychotherapie?			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
<b>Bitte notieren Sie hier Ihr regelmäßiges Sportprogramm:</b>			
_____			
_____			
<b>Leiden Sie unter Sodbrennen?</b>		<input type="radio"/> ich nehme eine Magenschutz-Tablette	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> gebessert	<input type="radio"/> zunehmend
<b>Sind seit der Operation Gallenbeschwerden aufgetreten?</b>			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> meine Gallenblase wurde bereits entfernt	

**Besteht seit der Operation Haarausfall?**

Ja       Nein       gebessert       zunehmend

**Erreichen Sie Ihre Trinkmenge pro Tag?**

weniger als 1 Liter       1 - 2 Liter       mehr als 2 Liter

schwierig       problemlos

**Sind seit der Operation Übelkeit und / oder Erbrechen aufgetreten?**

Ja       Nein      Häufigkeit: \_\_\_\_\_

**Welche der folgenden Vitamine und Spurenelemente nehmen Sie ein? Und in welcher Dosierung?**

<input type="radio"/> Multivitaminpräparat	_____ x pro Tag
<input type="radio"/> Calcium	_____ x pro Tag
<input type="radio"/> Vitamin B 12	_____ x pro Tag <input type="radio"/> als Injektion
<input type="radio"/> Vitamin D	_____ x pro Tag
<input type="radio"/> Eisenpräparat	_____ x pro Tag
<input type="radio"/> ich nehme keine Vitamine und Spurenelemente	

**Wie decken Sie Ihren empfohlenen Eiweißbedarf?**

<input type="radio"/> meine Ernährung / eiweißreiche Lebensmittel
<input type="radio"/> Protein - Shakes
<input type="radio"/> Protein - Riegel
<input type="radio"/> Protein - Pulver

**Haben Sie aktuell weitere Fragen oder Probleme?**

<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
_____	
_____	