

Fragebogen für Ihre Erstberatung in der Adipositasprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und ehrlich aus und lassen Sie uns diesen im Anschluss zukommen.
Vielen Dank. Ihr Adipositassteam der Filderklinik

Angaben zur Person:

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

E-Mailadresse: _____

Krankenversicherung: _____



Kompetenzzentrum
für Adipositaschirurgie

Allgemeine Fragen:

Größe:	_____ cm	aktuelles Gewicht :	_____ kg	
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers	
Seit welchem Lebensjahr besteht Übergewicht?	_____			
Was war Ihr bisher höchstes Gewicht?	_____	in welchem Jahr?	_____	
Leben Sie in einer Partnerschaft?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Anzahl der leiblichen Kinder:	_____			
Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:	<input type="radio"/> ohne Abschluss	<input type="radio"/> Hauptschule	<input type="radio"/> Realschule/Mittlere Reife	
	<input type="radio"/> Hochschulreife	<input type="radio"/> anderer		
Haben Sie eine Berufsausbildung? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Hochschule	<input type="radio"/> Fach-/ Meister-/ Technikerschule, Lehre	
	<input type="radio"/> in Ausbildung	<input type="radio"/> andere		
Sind Sie derzeit erwerbstätig?	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig	<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann		
	<input type="radio"/> Vollzeit (>35h/Woche)	<input type="radio"/> arbeitsunfähig		
	<input type="radio"/> Teilzeit (15-35h/Woche)	<input type="radio"/> berentet		
	<input type="radio"/> Teilzeit (<15h/Woche)	<input type="radio"/> andere		
Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?	Mutter:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
	Vater:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
	Kind(er):	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
		<input type="radio"/> keine Kinder		
	Geschwister:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Unbekannt
		<input type="radio"/> keine Geschwister		
Ihre Beweglichkeit außer Haus : (Mobilität)	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> nur mit Hilfsmittel	<input type="radio"/> sehr eingeschränkt (immobil)	

Welchen Behandlungsweg wünschen Sie sich zum aktuellen Zeitpunkt?

eine Operation

konservative Unterstützung

sonstige: _____

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie eine oder mehrere der folgende Erkrankungen?

Bitte bringen Sie die Ihnen vorliegenden Befunde und Arztberichte zum Erstgespräch mit.

Ist ein Diabetes mellitus Typ 1 bekannt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Ist ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____ <input type="radio"/> Ich spritze Insulin seit ____ Jahren
Leiden Sie unter Bluthochdruck?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Ist eine Schlafapnoe bekannt? (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> mit CPAP-Behandlung/ -maske
Leiden Sie unter einer Fettstoffwechselstörung?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Ist eine Harnsäureerhöhung / Gicht bekannt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Haben Sie Gelenkschmerzen/-erkrankungen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Lokalisation: _____
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> und befinde mich in Behandlung
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Erfolgte bisher eine Magenspiegelung?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Falls ja, wann? _____
Ist eine Schilddrüsenunterfunktion bekannt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Sind Herz-Kreislauferkrankungen bekannt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Asthma oder COPD?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Falls ja, wieviel? _____
Für Frauen			
Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Liegt bei Ihnen ein Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom) vor?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause? (Wechseljahre)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____

Sind noch weitere Nebenerkrankungen bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Ihre Medikamente

Bitte bringen Sie einen aktuellen Medikationsplan zur Beratung mit.

Name des Präparates	Verschrieben seit:	morgens	mittags	abends	zur Nacht
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Operationen

Falls Sie schon einmal operiert wurden, geben Sie dies bitte hier an.

Operationen können mit Schlüssellochtechnik (minimal-invasiv) oder auch mit einem größeren Schnitt (offen) durchgeführt werden. Auch diese Angabe ist für uns von großem Interesse.

Gallenblasenentfernung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Blinddarmentfernung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Adipositas-Operation in der Vorgeschichte	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		
Operationen am Magen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		
Operationen am Darm	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		
Operationen an der Bauchwand (Brüche/ plastische Operationen, etc.)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		
andere Operationen am Bauch	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		

Bei Frauen

Operationen an der Gebärmutter oder an den Eierstöcken	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, offene OP	oder	<input type="radio"/> Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche?	_____	im Jahr: _____		

Sonstige Operationen

_____	im Jahr: _____

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Essen Sie nachts?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Haben Sie Essanfälle?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten		
Hauptmahlzeiten pro Tag:	_____	
Nebenmahlzeiten pro Tag:	_____	
Konsum zuckerhaltiger Getränke :	_____	Liter/Tag
Bitte geben Sie Ihre letzten 3 Diätversuche an		
Abnehmversuch 1 <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Stationär/Reha <input type="radio"/> andere, ärztlich begleitet <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere, nicht ärztlich begleitet im Jahr: _____ Dauer im Monaten: _____ Gewichtsverlust: <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 - 20 kg <input type="radio"/> 21 - 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt	Abnehmversuch 2 <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Stationär/Reha <input type="radio"/> andere, ärztlich begleitet <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere, nicht ärztlich begleitet im Jahr: _____ Dauer im Monaten: _____ Gewichtsverlust: <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 - 20 kg <input type="radio"/> 21 - 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt	Abnehmversuch 3 <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Stationär/Reha <input type="radio"/> andere, ärztlich begleitet <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere, nicht ärztlich begleitet im Jahr: _____ Dauer im Monaten: _____ Gewichtsverlust: <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 - 20 kg <input type="radio"/> 21 - 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt
Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?		
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> weniger als 1 Stunde pro Woche <input type="radio"/> 1 - 2 Stunden pro Woche <input type="radio"/> mehr als 2 Stunden pro Woche Ich mache folgenden Sport bzw. folgende Aktivität: _____		

Fragen zu Ihren Beschwerden durch Sodbrennen/Reflux

Bitte schätzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden ein und kreuzen Sie an.

	kein Problem					sehr starkes Problem
1. Heißekeit 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 bei festen oder flüssigen Essensbestandteilen oder bei 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, Brustschmerzen, 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 gesamt: _____						

Fragen zur subjektiven Einschätzung Ihrer Lebensqualität

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	sehr starkes Problem
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 vollkom- men
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, etc.)	<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, der Familie, etc.)	<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
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt:	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkom- men
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="radio"/> Ich bin 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

Fragen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen bzw. 28 Tage
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen.

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 versucht , 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 versucht , 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 Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen, lesen, etc.)?	<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) Haben 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"/>
	niemals	in seltenen Fällen	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 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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt 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, Duschen, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>