



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	☐ Nein ☐ Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	☐ Nein ☐ Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	☐ Nein ☐ Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	☐ Nein ☐ Ja	☐ CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	☐ Nein ☐ Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	☐ Nein ☐ Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	☐ Nein ☐ Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	☐ 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 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 _____