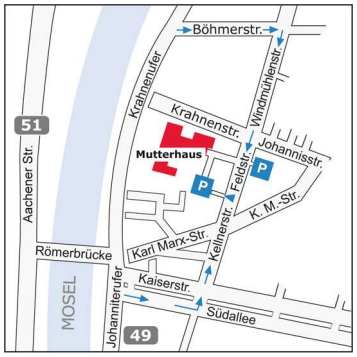
KLINIKUM
MUTTERHAUS DER BORROMÄERINNEN

Chirurgie I
Adipositaszentrum

Leitung Adipositaszentrum:
Dr. Alicia Mukrowsky, Oberärztin

Sekretariat:
Tel: 0651 947-2644
Fax: 0651 947-3036
adipositas@mutterhaus.de

Referenzzentrum
Adipositas- und Metabolische Chirurgie
dgav
Deutsche Gesellschaft für
Allgemein- und Viszeralchirurgie



Fragebogen 1. Termin im Adipositaszentrum

Bitte zum 1. Termin in der Adipositassprechstunde mitbringen. Herzlichen Dank!

1. Persönliche Daten

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

Hausarzt: _____

2. Gewichtsverlauf

Körpergröße: _____cm Aktuelles Gewicht: _____ kg

Übergewicht seit _____Lebensjahr

Wunschgewicht: _____kg

Höchstes Gewicht als Erwachsener: _____ kg, im Jahr _____

Niedrigstes Gewicht als Erwachsener: _____ kg, im Jahr _____

3. Diätgeschichte

Die erste Diät haben Sie gemacht mit _____ Jahren.

Welche Diätversuche haben Sie bereits hinter sich?

O Weight Watchers O Atkins

O Trennkost O Nulldiät

O Optifast O Xenical/Reduktil

O Formuladiäten (BCM, Slim Fast, …)

O Verschiedene (Bsp.: Kohlsuppe, Brigitte, Ananas, …)

O Sonstige: _____

Hatten sie bereits einen Kuraufenthalt zur Gewichtsreduktion? O Ja O Nein

Wo? Wann? Dauer der Kur? Gewichtsreduktion?

_____

_____

_____

Hatten Sie bereits eine qualifizierte Ernährungsberatung?

O Nein O Ja

_____

Wann? Wo? Wie lange? _____

4. Krankengeschichte

Leiden Sie an einer dieser Erkrankungen?

O Diabetes seit _____ Medikamente _____

O Hypertonie seit _____ Medikamente _____

O Herzerkrankungen seit _____ Medikamente _____

O Fettleber seit _____ Medikamente _____

O Nierenerkrankungen seit _____ Medikamente _____

O Lungenerkrankungen seit _____ Medikamente _____

O Infertilität seit _____ Medikamente _____

O Schlafapnoe seit _____ Medikamente _____

O Lebererkrankungen seit _____ Medikamente _____

O Magenerkrankungen/ Reflux seit _____ Medikamente _____

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Feldstraße 16 D-54290 Trier Telefon: 0651 947-0
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
www.mutterhaus.de info@mutterhaus.de

O Rheumatische Erkrankungen seit _____ Medikamente _____

O Schilddrüse seit _____ Medikamente _____

O Arthrose seit _____ Medikamente _____

O Reaktive Depressionen seit _____ Medikamente _____

O Sonstige _____

Haben Sie Beschwerden/ Schmerzen im Bereich der _____?

O Wirbelsäule O Hüften O Sprunggelenk

O Füße O Kniegelenke

Waren Sie bereits wegen der Adipositas in stationärer Krankenhausbehandlung?

O Nein O Ja - wann und wo? _____

Wer in Ihrer Familie leidet an Adipositas?

_____

Welche Begleiterkrankungen haben diese Familienmitglieder?

_____

Ist eines dieser Familienmitglieder aufgrund einer Begleiterkrankung verstorben?

5. Lebensstil und Essverhalten

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Wie oft treiben Sie Sport? O Nie O 1- mal/Monat O 1- mal/Woche

Welchen Sport treiben Sie? _____

Rauchen Sie? O Nein O Ja _____ Zigaretten/Tag

O Ex-Raucher seit _____

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Feldstraße 16 D-54290 Trier Telefon: 0651 947-0
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
www.mutterhaus.de info@mutterhaus.de

Wie oft trinken Sie Alkohol?

O Nie O 1x Monat O 1x Woche O täglich

Gibt es regelmäßige Mahlzeiten am Tag? O Ja O Nein

Verzehren Sie mehr als 3 Mahlzeiten pro Tag? O Ja O Nein

Wie oft essen Sie Fleisch/ Wurst? O häufig O selten O Nie

Wie oft essen Sie Süßigkeiten? O häufig O selten O Nie

Was sind Ihre bevorzugten Speisen? _____

Was trinken Sie am Tag? _____

Welche Menge trinken Sie am Tag? _____

Leiden Sie unter Essattacken? O Ja O Nein

Lösen Sie absichtlich erbrechen aus? O Ja O Nein

Was waren aus Ihrer Sicht die Gründe dafür?

O Stress O Frustration

O familiäre Probleme O Langeweile

O Sonstiges _____

Waren Sie schon mal in psychologischer Behandlung? O Ja O Nein

Leiden Sie unter Depressionen? O Ja O Nein

Seit wann? _____

Werden Sie momentan aufgrund von Depressionen behandelt? O Ja O Nein

Seit wann nehmen Sie Medikamente? _____

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Feldstraße 16 D-54290 Trier Telefon: 0651 947-0
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
www.mutterhaus.de info@mutterhaus.de

6. Allgemeines

Warum möchten Sie abnehmen?

_____

Wie sind Sie auf unser Adipositas Zentrum aufmerksam geworden?

O Selbsthilfegruppe O ärztliche Beratung, Arzt

O Fernsehen O Zeitung O Internet

O Sonstige: _____

Möchten Sie einen Adipositas-Chirurgischen Eingriff? O Ja O Nein

Wenn ja, für welchen chirurgischen Eingriff interessieren Sie sich?

_____

Möchten Sie einen Antrag zur Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse stellen? O Ja O Nein

Haben Sie bereit eine Kostenzusage? O Ja O Nein

Sind Sie Selbstzahler? O Ja O Nein

Anmerkungen:

_____

_____

Welche Fragen möchten Sie noch besprechen?

_____

_____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

_____

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Feldstraße 16 D-54290 Trier Telefon: 0651 947-0
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
www.mutterhaus.de info@mutterhaus.de