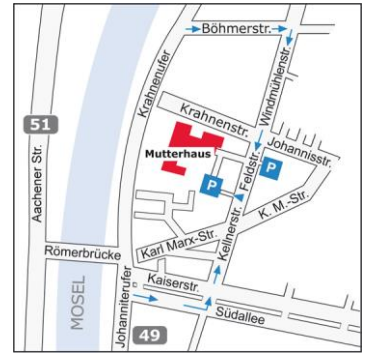




**Chirurgie I
Adipositaszentrum**

Oberärztin, Leiterin Adipositaszentrum:
Prof. Dr. med. Dorothee Decker

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



Fragebogen 1. Termin im Adipositaszentrum

Bitte zum 1. Termin in der Adipositasprechstunde 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?

- Weight Watchers Atkins
- Trennkost Nulldiät
- Optifast Xenical/Reduktil
- Formuladiäten (BCM, Slim Fast, ...)
- Verschiedene (Bsp.: Kohlsuppe, Brigitte, Ananas, ...)
- Sonstige: _____



Hatten sie bereits einen Kuraufenthalt zur Gewichtsreduktion? Ja Nein

Wo? Wann? Dauer der Kur? Gewichtsreduktion?

Hatten Sie bereits eine qualifizierte Ernährungsberatung?

Nein Ja

Wann? Wo? Wie lange? _____

4. Krankengeschichte

Leiden Sie an einer dieser Erkrankungen?

Diabetes seit _____ Medikamente _____

Hypertonie seit _____ Medikamente _____

Herzerkrankungen seit _____ Medikamente _____

Fettleber seit _____ Medikamente _____

Nierenerkrankungen seit _____ Medikamente _____

Lungenerkrankungen seit _____ Medikamente _____

Infertilität seit _____ Medikamente _____

Schlafapnoe seit _____ Medikamente _____

Lebererkrankungen seit _____ Medikamente _____

Magenerkrankungen/ Reflux seit _____ Medikamente _____



Rheumatische Erkrankungen seit _____ Medikamente _____

Schilddrüse seit _____ Medikamente _____

Arthrose seit _____ Medikamente _____

Reaktive Depressionen seit _____ Medikamente _____

Sonstige _____

Haben Sie Beschwerden/ Schmerzen im Bereich der _____ ?

Wirbelsäule Hüften Sprunggelenk

Füße Kniegelenke

Waren Sie bereits wegen der Adipositas in stationärer Krankenhausbehandlung?

Nein 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? Nie 1- mal/Monat 1- mal/Woche

Welchen Sport treiben Sie? _____

Rauchen Sie? Nein Ja _____ Zigaretten/Tag

Ex-Raucher seit _____



Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie 1x Monat 1x Woche täglich

Gibt es regelmäßige Mahlzeiten am Tag? Ja Nein

Verzehren Sie mehr als 3 Mahlzeiten pro Tag? Ja Nein

Wie oft essen Sie Fleisch/ Wurst? häufig selten Nie

Wie oft essen Sie Süßigkeiten? häufig selten Nie

Was sind Ihre bevorzugten Speisen? _____

Was trinken Sie am Tag? _____

Welche Menge trinken Sie am Tag? _____

Leiden Sie unter Essattacken? Ja Nein

Lösen Sie absichtlich erbrechen aus? Ja Nein

Was waren aus Ihrer Sicht die Gründe dafür?

Stress Frustration

familiäre Probleme Langeweile

Sonstiges _____

Waren Sie schon mal in psychologischer Behandlung? Ja Nein

Leiden Sie unter Depressionen? Ja Nein

Seit wann? _____

Werden Sie momentan aufgrund von Depressionen behandelt? Ja Nein

Seit wann nehmen Sie Medikamente? _____



6. Allgemeines

Warum möchten Sie abnehmen?

Wie sind Sie auf unser Adipositas Zentrum aufmerksam geworden?

Selbsthilfegruppe

ärztliche Beratung, Arzt

Fernsehen

Zeitung

Internet

Sonstige: _____

Möchten Sie einen Adipositas-Chirurgischen Eingriff? Ja Nein

Wenn ja, für welchen chirurgischen Eingriff interessieren Sie sich?

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

Haben Sie bereit eine Kostenzusage? Ja Nein

Sind Sie Selbstzahler? Ja 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)