



**Chirurgie I**

Chefarzt: Prof. Dr. med. Pan Decker

Allgemeinchirurgie, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie  
Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie  
Zertifiziertes Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie  
Zertifiziertes Darmzentrum



ADIPOSITAS-ZENTRUM TRIER

**Ihr erster Termin im Adipositas-Zentrum**

Wenn Sie das erste Mal in unsere Adipositas-Sprechstunde kommen, bringen Sie bitte diesen Fragebogen ausgefüllt mit. Herzlichen Dank!

**Persönliche Daten**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Übergewicht seit dem \_\_\_\_\_ . Lebensjahr      Höchstes je erreichtes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Derzeitiges Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Mein Essverhalten**

Ich nehme folgende Mahlzeiten regelmäßig zu mir:

- Frühstück       Zweites Frühstück       Mittagessen       Nachmittagsmahlzeit  
 Abendessen       Spätmahlzeit       \_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_

**Ich...**

	ja	nein
... trinke täglich mind. 1,5 Liter Sprudel, Wasser oder ungesüßten Tee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bevorzuge Süßgetränke (Cola, Fanta, Sprite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse täglich Obst und Gemüse/Salat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse täglich Süßigkeiten oder Teilchen oder Kuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse eigentlich immer eine 2. Portion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse täglich salzige Knabbereien, wie Chips, Flips oder Nüsse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse täglich Fleisch, Hackfleisch, Würstchen oder Fleischkäse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse mindestens 2mal wöchentlich Gerichte wie Pommes, panierte Schnitzel oder Fischstäbchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mache mir vor dem Einkaufen eine Liste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...„überesse“ mich manchmal und habe dann ein Völlegefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe Schwierigkeiten damit, Essen übrig zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esse in bestimmten Situation mehr als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann:		
...kann manchmal nicht mehr mit dem Essen aufhören und verliere die Kontrolle.		
Davor fühle ich mich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dabei fühle ich mich:		
Danach fühle ich mich:		
...bevorzuge folgende Lebensmittel:		
...esse folgende Lebensmittel ungern:		



In meiner Familie leiden noch weitere Personen an Übergewicht?  
 Wenn ja, wer genau?

ja  nein

Leiden diese Personen an Begleiterkrankungen?  
 Wenn ja, welche:

**Bei mir liegen folgende Krankheiten/Erkrankungen vor:**

ja  nein

Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Hypertonie (Bluthochdruck)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Koronare Herzkrankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Fettleber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Schlafapnoe-Syndrom (Atemstillstände während des Schlafs)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Gelenkbeschwerden / Arthrose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation? Operation?		
Psychische Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation? Behandelnder Arzt/Psychologe?		
Infertilität (Unfruchtbarkeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Magenerkrankungen / Reflux / Geschwür		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		
Andere:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?	Medikation?		

Folgende Ärzte haben diese Krankheiten bislang behandelt:

\_\_\_\_\_

Ich war bereits wegen der Adipositas in stationärer Krankenhausbehandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_

In welchem Krankenhaus? \_\_\_\_\_

**Bewegung und sportliche Aktivitäten****ja    nein**

Ich bin zur Zeit sportlich Wie oft pro Woche? Welche Sportart? Sei wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verfüge über Erfahrungen im Ausdauertraining Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits Erfahrungen im Kraft (Fitness-)training? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Folgende Maßnahmen habe ich in den letzten Jahren zur Gewichtsreduktion unternommen:****ja    nein**

Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, z.B. Weight Watchers (Von wann bis wann? Bei wem?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung einer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme, z.B. Kur (Von wann bis wann? In welcher Einrichtung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiges Wahrnehmen von Ernährungsberatungsterminen (Von wann bis wann? In welcher Einrichtung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Medikamenten zur Gewichtsreduktion (z.B. Xenical / Reductil) (Von wann bis wann? Welches Medikament? Mit welchem Ergebnis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten von Diäten (Von wann bis wann? Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalt von Verhaltens- / Psychotherapie (Von wann bis wann? Bei wem?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung des körperlichen Bewegungsprogramms (In welcher Art und welchem Umfang?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)