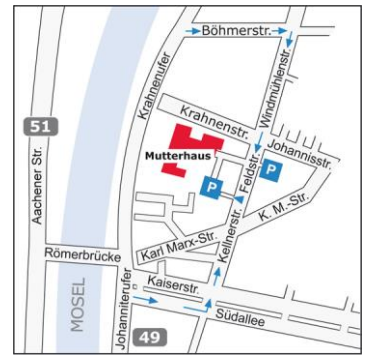




**Chirurgie I  
Adipositaszentrum**

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)