

Erhebungsbogen für das Erstgespräch (Anamnese)

Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für eine bariatrische Operation oder eine umfassende Therapie und möchten sich in einer unserer Adipositas-Einrichtungen zur Beratung vorstellen? Gerne nehmen wir uns Zeit für Sie.

Damit unser erster Termin möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu erhalten.

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.

Vielen Dank, wir freuen uns auf Sie!

Jetzt Wunschstandort finden,
diesen Erhebungsbogen aus-
füllen und in den ersten Sprech-
stunden-Termin mitbringen.

Zur Standort-Übersicht



Allgemeine Fragen

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
E-Mail:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Körpergröße:	<input type="text"/>	cm	Derzeitiges Gewicht: <input type="text"/> kg
			BMI: <input type="text"/>
Mein persönliches Wunschgewicht:	<input type="text"/>	kg	
Übergewicht besteht seit Lebensjahr:	<input type="text"/>		
Was war Ihr höchstes Gewicht bisher?	<input type="text"/>	kg	In welchem Jahr? <input type="text"/>

Leben Sie in einer Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein

Anzahl der leiblichen Kinder:

Unerfüllter Kinderwunsch: ☐ ja ☐ nein

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an: ☐ ohne Abschluss ☐ Hochschulreife
☐ Hauptschule/Volksschule ☐ anderer
☐ Realschule/Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? ☐ keine ☐ Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
Welche? ☐ noch in Ausbildung ☐ anderer
☐ Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig? ☐ nicht erwerbstätig ☐ Hausfrau/Hausmann
☐ Vollzeit (> 35 h/Woche) ☐ berentet
☐ Teilzeit (15–35 h/Woche) ☐ anderer
☐ Teilzeit (< 15 h/Woche)

Wenn Sie erwerbstätig sind.
Welchen Beruf üben Sie aus?

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas? Mutter: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Vater: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Kind(er): ☐ ja ☐ nein ☐ Keine Kinder ☐ unbekannt
Geschwister: ☐ ja ☐ nein ☐ Keine Geschwister ☐ unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus: ☐ frei ☐ nur mit Hilfsmitteln ☐ sehr eingeschränkt (immobil)
(Mobilität)

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Magenkrebs? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wer?

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen oder Beschwerden?

Diabetes Typ 1/Zuckerkrankheit: ☐ ja ☐ nein Seit (Jahr):

Diabetes Typ 2/Zuckerkrankheit: ☐ ja ☐ nein Seit (Jahr):

Bluthochdruck: ☐ ja ☐ nein

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen): ☐ ja ☐ nein ☐ CPAP-Behandlung/-Maske

Fettstoffwechselstörung: ☐ ja ☐ nein

Harnsäureerhöhung/Gicht: ☐ ja ☐ nein

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom): ☐ ja ☐ nein

Gelenkerkrankungen/-schmerzen: ☐ ja ☐ nein

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Harninkontinenz? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Sodbrennen? ☐ ja ☐ nein

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? ☐ ja ☐ nein

Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)? ☐ ja ☐ nein Seit wann?

Waren Sie schon mal in psychotherapeutischer Behandlung?

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Medikament:

Dosierung: morgens/ mittags/ abends: Stück

Allergien

Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Operationen

Gallenblasenentfernung: ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

Blinddarmentfernung: ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

Adipositas-Operation ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

in der Vorgeschichte?

Welche? Im Jahr:

Operationen am Magen? ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

Welche? Im Jahr:

Operationen am Darm? ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

Welche?

Operationen an der Bauchwand ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

(Brüche, plastische Operationen)?

Welche?

Andere Operationen am Bauch? ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

Welche?

Operationen an Gebärmutter ☐ ja, offene OP ☐ ja, mit Schlüssellochtechnik ☐ nein

oder Eierstöcken (bei Frauen)?

Welche?

Sonstige Operationen:

Essgewohnheiten

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ☐ ja ☐ nein

Essen Sie nachts? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Essanfälle? ☐ ja ☐ nein

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

Essgewohnheiten

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Anzahl Zigaretten: Wie lange schon?

Trinken Sie Alkohol? ☐ täglich x/Woche ☐ gelegentlich ☐ nein

Sport

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

Welcher Sport/Aktivität:

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben? ☐ ja ☐ nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? ☐ ja ☐ nein

Wenn JA, was und wie viele Stunden:

Wenn NEIN, aus welchen Gründen:

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Lebenssituation?

Wie haben Sie von unserem Adipositaszentrum erfahren?

Datum:

Unterschrift:

Bitte bringen Sie den
ausgefüllten Fragebogen
mit zu Ihrem ersten
Sprechstunden-Termin.
Vielen Dank!