

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 ausfüllen und in den ersten Sprechstunden-Termin mitbringen.

Zur Standort-Übersicht



Allgemeine Fragen

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

Leben Sie in einer Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Anzahl der leiblichen Kinder:	<input type="text"/>				
Unerfüllter Kinderwunsch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Hochschulreife			
	<input type="checkbox"/> Hauptschule/Volksschule	<input type="checkbox"/> anderer			
	<input type="checkbox"/> Realschule/Mittlere Reife				
Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre			
	<input type="checkbox"/> noch in Ausbildung	<input type="checkbox"/> anderer			
	<input type="checkbox"/> Hochschule				
Sind sie derzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann			
	<input type="checkbox"/> Vollzeit (> 35 h/Woche)	<input type="checkbox"/> berentet			
	<input type="checkbox"/> Teilzeit (15-35 h/Woche)	<input type="checkbox"/> anderer			
	<input type="checkbox"/> Teilzeit (< 15 h/Woche)				
Wenn Sie erwerbstätig sind. Welchen Beruf üben Sie aus?	<input type="text"/>				
Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?	Mutter:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Vater:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Kind(er):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Keine Kinder	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Geschwister:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Keine Geschwister	<input type="checkbox"/> unbekannt
Ihre Beweglichkeit außer Haus: (Mobilität)	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt (immobil)		
Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Magenkrebs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wer? <input type="text"/>		

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen oder Beschwerden?

Diabetes Typ 1/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Seit (Jahr): <input type="text"/>
Diabetes Typ 2/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Seit (Jahr): <input type="text"/>
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung/-Maske
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Harnsäureerhöhung/Gicht:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gelenkerkrankungen/-schmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche: <input type="text"/>			
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>
Medikament:	<input type="text"/>		
Dosierung:	<input type="text"/>	morgens/ mittags/ abends: <input type="text"/>	Stück <input type="text"/>

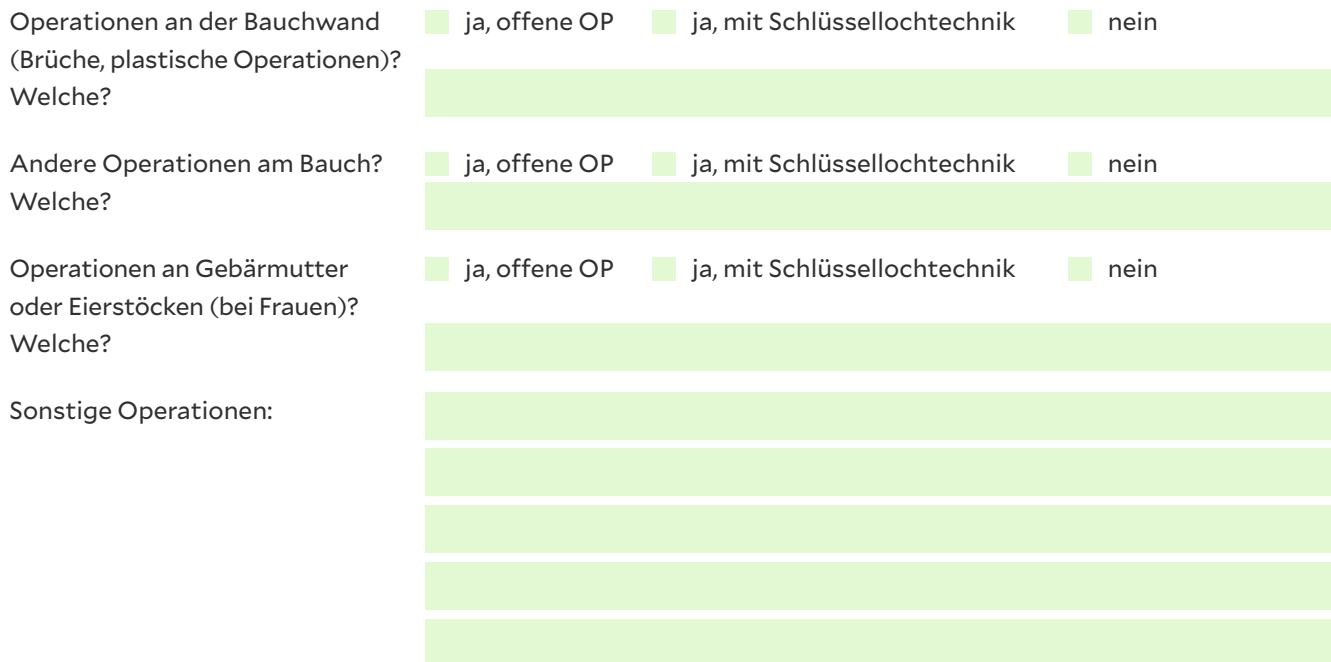
Allergien

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Operationen

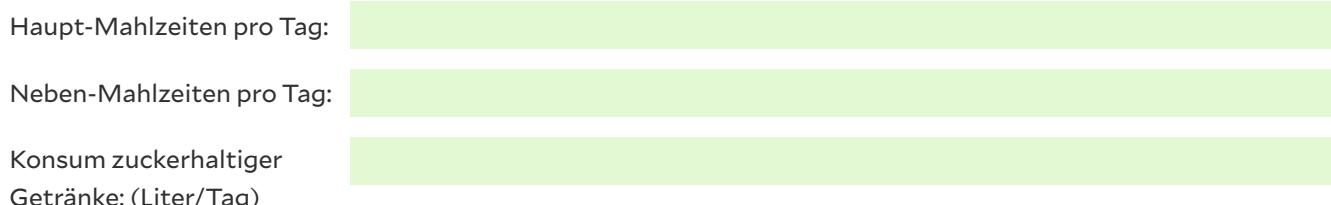
Gallenblasenentfernung:	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Blinddarmentfernung:	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Adipositas-Operation in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Im Jahr:	<input type="text"/>		
Operationen am Magen?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Im Jahr:	<input type="text"/>		
Operationen am Darm?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		



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:



Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

- | | | |
|--|--|--|
| Abnehmversuch 1 | Abnehmversuch 2 | Abnehmversuch 3 |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Stationäre/Reha | <input type="checkbox"/> Stationäre/Reha | <input type="checkbox"/> Stationäre/Reha |
| <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) | <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) | <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) |
| <input type="checkbox"/> Optifast | <input type="checkbox"/> Optifast | <input type="checkbox"/> Optifast |
| <input type="checkbox"/> Weight Watchers | <input type="checkbox"/> Weight Watchers | <input type="checkbox"/> Weight Watchers |
| <input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept | <input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept | <input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept |
| <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet) | <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet) | <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet) |



- | | | |
|---|---|---|
| Gewichtsverlust in kg: | Gewichtsverlust in kg: | Gewichtsverlust in kg: |
| <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> keinen |
| <input type="checkbox"/> bis 10 kg | <input type="checkbox"/> bis 10 kg | <input type="checkbox"/> bis 10 kg |
| <input type="checkbox"/> 11–20 kg | <input type="checkbox"/> 11–20 kg | <input type="checkbox"/> 11–20 kg |
| <input type="checkbox"/> 21–30 kg | <input type="checkbox"/> 21–30 kg | <input type="checkbox"/> 21–30 kg |
| <input type="checkbox"/> mehr als 30 kg | <input type="checkbox"/> mehr als 30 kg | <input type="checkbox"/> mehr als 30 kg |
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> 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 Stunden 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!