

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 1 von 11

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____


Datum der Erstvorstellung (Informationsgespräch): _____

Demographie			
Leben Sie in einer Partnerschaft?			
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Kinder (leibliche):			
Unerfüllter Kinderwunsch			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			
Übergewicht besteht seit welchem Lebensjahr?	Höchstes bisheriges Gewicht:	Im Jahr:	
Höchster Schulabschluss	<input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule/ Volkshochschule <input type="radio"/> Realschule/ Mittlere Reife <input type="radio"/> Hochschulreife <input type="radio"/> anderer <input type="radio"/> unbekannt		
Berufsausbildung	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> noch in Ausbildung <input type="radio"/> Hochschule <input type="radio"/> Lehre, Fach-/Meister-/ Technikerschule <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> unbekannt		
Derzeitige Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig <input type="radio"/> Vollzeit (≥ 35 h/ Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (15 – 35 h/ Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (<15 h/ Woche) <input type="radio"/> Hausfrau/ Hausmann <input type="radio"/> arbeitsunfähig <input type="radio"/> berentet		
Adipositas in Familienanamnese (BMI ≥ 30; Kinder > 98. Perzentil)			
Mutter:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Vater:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Kind(er):	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine Kinder
Geschwister:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine Geschwister

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 2 von 11

Anamnese			
aktuelles Gewicht:	kg	BMI:	(kg/ m ²)
		Größe:	cm
Mobilität	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel	<input type="radio"/> immobil
Begleiterkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

Erstdiagnose	
Diabetes mellitus Typ 1 (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt Jahr:
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt Jahr:
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Schlafapnoe	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Hyperurikämie (erhöhte Harnsäure)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Polyzystisches Ovarsyndrom (nur für Frauen)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Depression Definition: ICD-10 F32.*	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell <input type="radio"/> ja, in der Anamnese <input type="radio"/> unbekannt
Sodbrennen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt

 Helios	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 3 von 11

Reflux Symptom Index						
	(-1 – 45)	bei > 10 auffällig			bei > 13 pathologisch	
	kein Problem					sehr starkes Problem
Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Häufiges Räuspern	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Starker quälender Husten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5


Medikation	
Nehmen Sie derzeit Medikamente?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Antidiabetika (Tabletten bei Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, reduziert <input type="radio"/> ja, wissenschaftlich
Insulin – Gesamtdosis durchschnittlich	
Biguanide (Metformin)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 4 von 11

Dosis Biguanide (mg) täglich	
Andere orale Antidiabetika (Medikamente bei Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Antihypertensiva (Medikamente gegen erhöhten Blutdruck)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Stoffwechsel / Hormone			
Nehmen Sie Stoffwechselmedikamente (zum Beispiel gegen erhöhtes Cholesterin)/ Hormone (zum Beispiel Schilddrüsenhormone wie L Thyroxin, „Anti-Baby-Pille“ oder Prednisolon?			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	nein	ja	unbekannt
Statine (zum Beispiel Simvastatin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Lipidsenker (zum Beispiel Lipidil, Ezetrol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnsäuresenker (zum Beispiel Allopurinol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenhormone (L Thyroxin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Nur für Frauen:</u>			
orale Kontrazeptiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
postmenopausale Hormone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antikoagulation			
ASS (Acetylsalicylsäure)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ASS kardioprotektiv <input type="radio"/> ASS ≥ 100mg <input type="radio"/> unbekannt		
	nein	ja	unbekannt
Andere Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clopidogrel oder andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamin K-Antagoniste (Falithrom zum Beispiel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Antikoagulantien Zum Beispiel Xarelto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 5 von 11

Weitere Medikation	
Analgetik(Schmerzmittel)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> NSAR (Ibuprofen, Rewodina, Voltaren z.B) <input type="radio"/> Opiat <input type="radio"/> NSAR + Opiat <input type="radio"/> ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> unbekannt
Psychopharmaka	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Antidepressiva <input type="radio"/> Schlaf-/ Beruhigungsmittel <input type="radio"/> Neuroleptika <input type="radio"/> Kombination <input type="radio"/> ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen <input type="radio"/> unbekannt
Voroperationen	
Haben Sie Voroperationen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
1. Bariatrische Vor-OP	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB) <input type="radio"/> distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB) <input type="radio"/> Sleeve Gastrektomie (SG) <input type="radio"/> Magenband <input type="radio"/> BPD-DS <input type="radio"/> BPD-Scopinaro <input type="radio"/> Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass) <input type="radio"/> Magenballon <input type="radio"/> Magenschrittmacher <input type="radio"/> Magenband Entfernung (allein) <input type="radio"/> Magenschrittmacher Entfernung (allein) <input type="radio"/> Magenband ex und Anlage RYGB <input type="radio"/> Magenband ex und Anlage SG <input type="radio"/> prox. RYGB zu banded RYGB <input type="radio"/> prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge) <input type="radio"/> prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage <input type="radio"/> RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie) <input type="radio"/> SG zu prox. RYGB <input type="radio"/> SG zu Omega-Loop-Bypass <input type="radio"/> SG zu BPD-DS <input type="radio"/> Endobarrier <input type="radio"/> Gastroplikatür <input type="radio"/> Re-Sleeve <input type="radio"/> vertikale Gastroplastie in RYGB <input type="radio"/> vertikale Gastroplastie <input type="radio"/> andere Jahr:

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 6 von 11

2. Bariatrische Vor-OP	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB) <input type="radio"/> distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB) <input type="radio"/> Sleeve Gastrektomie (SG) <input type="radio"/> Magenband <input type="radio"/> BPD-DS <input type="radio"/> BPD-Scopinaro <input type="radio"/> Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass) <input type="radio"/> Magenballon <input type="radio"/> Magenschrittmacher <input type="radio"/> Magenband Entfernung (allein) <input type="radio"/> Magenschrittmacher Entfernung (allein) <input type="radio"/> Magenband ex und Anlage RYGB <input type="radio"/> Magenband ex und Anlage SG <input type="radio"/> prox. RYGB zu banded RYGB <input type="radio"/> prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge) <input type="radio"/> prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage <input type="radio"/> RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie) <input type="radio"/> SG zu prox. RYGB <input type="radio"/> SG zu Omega-Loop-Bypass <input type="radio"/> SG zu BPD-DS <input type="radio"/> Endobarrier <input type="radio"/> Gastroplikatür <input type="radio"/> Re-Sleeve <input type="radio"/> vertikale Gastroplastie in RYGB <input type="radio"/> vertikale Gastroplastie <input type="radio"/> andere Jahr:		
		nein	konventionell (Schnitttechnik)
Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appendektomie (Entfernung des Blinddarmes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darm OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchwand/plastische OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Abdominal-OP (Bauch-OP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige gynäkologische OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ernährungsverhalten

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 7 von 11

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Essen Sie nachts?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Haben Sie Essanfälle?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Hauptmahlzeiten pro Tag	(0-50)
Nebenmahlzeiten pro Tag	(0-50)
Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag)	(0-99)
Bitte geben Sie die letzten 3 Abnehmversuche an:	
Versuch 1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> stationäre Reha <input type="radio"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
	Jahr: _____ Dauer: _____ (Monate)
Gewichtsverlust	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 – 20 kg <input type="radio"/> 21 – 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt
Versuch 2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> stationäre Reha <input type="radio"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
	Jahr: _____ Dauer: _____ (Monate)
Gewichtsverlust	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 – 20 kg <input type="radio"/> 21 – 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 8 von 11

Versuch 3	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> stationäre Reha <input type="radio"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
	Jahr: _____ Dauer: _____ (Monate)
Gewichtsverlust	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 – 20 kg <input type="radio"/> 21 – 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt
körperliche Aktivität (Dauer pro Woche)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> < 1h <input type="radio"/> 1 – 2h <input type="radio"/> > 2h <input type="radio"/> unbekannt

Lebensqualität (BQL)					
	stimmt überhau pt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkom -men
01. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
03. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 10 von 11

2. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	○	○	○	○	○	○	○	○
3. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	○	○	○	○	○	○	○	○
4. Haben Sie sich dick gefühlt?	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	○	○	○	○	○	○	○	○
	niemals	in seltenen Fällen	in weniger als die Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen		Jedes Mal
6. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (<i>Zählen Sie Essanfälle nicht mit.</i>)	○	○	○	○	○	○	○	○
	überhaupt nicht	zw. nicht und leicht	leicht	zw. leicht und mäßig	mäßig	zw. mäßig und deutlich		deutlich
7. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	○	○	○	○	○	○	○	○
8. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	○	○	○	○	○	○	○	○

	Fragebogen Adipositas-Board	
Adipos.-Zentrum	Standard	Seite: 11 von 11

Vom Arzt im Krankenhaus auszufüllen:

Laborwerte

Niere

Serumkreatinin **mg/dl** 0.65 - 1.25 mg/dl

Diabetes- und Energiestoffwechsel

Blutzucker nüchtern **mg/dl** 55 - 100 mg/dl

HbA1c **%** 4.2 - 6.2 %

Fettstoffwechsel

Gesamtcholesterin **mg/dl** 140 - 240 mg/dl

LDL-Cholesterin **mg/dl** 00 - 160 mg/dl

HDL-Cholesterin **mg/dl** 00 - 160 mg/dl

Triglyceride **mg/dl** 150 - 200 mg/dl