

Datum der Erstvorstellung (Informationsgespräch):

Demographie		
Leben Sie in einer Partnerschaft?		
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Kinder (leibliche)	Anzahl:	
Unerfüllter Kinderwunsch		
<input type="radio"/> k. A. <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 \geq 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

Anamnese

aktuelles Gewicht:	kg	BMI:	(kg/ m ²)
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

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? nein
 ja

Antidiabetika nein
 ja, reduziert
(Tabletten bei Zuckerkrankheit) ja, wissenschaftlich

Insulin - Gesamtdosis durchschnittlich

Biguanide (Metformin) nein
 ja
 unbekannt

Dosis Biguanide (mg) täglich

Andere orale Antidiabetika nein
 ja
(Medikamente bei unbekannt
Zuckerkrankheit)

Antihypertensiva nein
 ja
(Medikamente gegen erhöhten
Blutdruck)

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 \geq 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"/>

Weitere Medikation

Analgetik(Schmerzmittel)

- nein
- NSAR (Ibuprofen, Rewodina, Voltaren z.B)
- Opiat
- NSAR + Opiat
- ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen
- andere
- unbekannt

Psychopharmaka

- nein
- Antidepressiva
- Schlaf-/ Beruhigungsmittel
- Neuroleptika
- Kombination
- ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen
- unbekannt

Voroperationen

Haben Sie Voroperationen?

- nein
- ja

1. Bariatrische Vor-OP

- nein
- proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- Sleeve Gastrektomie (SG)
- Magenband
- BPD-DS
- BPD-Scopinaro
- Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass)
- Magenballon
- Magenschrittmacher
- Magenband Entfernung (allein)
- Magenschrittmacher Entfernung (allein)
- Magenband ex und Anlage RYGB
- Magenband ex und Anlage SG
- prox. RYGB zu banded RYGB
- prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge)
- prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage
- RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie)
- SG zu prox. RYGB
- SG zu Omega-Loop-Bypass
- SG zu BPD-DS
- Endobarrier
- Gastroplikatatur
- Re-Sleeve
- vertikale Gastroplastie in RYGB
- vertikale Gastroplastie
- andere

Jahr:

2. Bariatrische Vor-OP

- k. A.
- nein
- proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- Sleeve Gastrektomie (SG)
- Magenband
- BPD-DS
- BPD-Scopinaro
- Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass)
- Magenballon
- Magenschrittmacher
- Magenband Entfernung (allein)
- Magenschrittmacher Entfernung (allein)
- Magenband ex und Anlage RYGB
- Magenband ex und Anlage SG
- prox. RYGB zu banded RYGB
- prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge)
- prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage
- RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie)
- SG zu prox. RYGB
- SG zu Omega-Loop-Bypass
- SG zu BPD-DS
- Endobarrier
- Gastroplikatur
- Re-Sleeve
- vertikale Gastroplastie in RYGB
- vertikale Gastroplastie
- andere

Jahr:

	nein	konventionell (Schnitttechnik)	laparoskopisch (Knopflochtechnik)
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

Essen Sie täglich Süßigkeiten? nein ja

Essen Sie nachts? nein ja

Haben Sie Essanfälle? nein ja

Hauptmahlzeiten pro Tag (0-50)

Nebemahlzeiten pro Tag (0-50)

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) (0-99)

Bitte geben Sie die letzten 3 Abnehmversuche an:

Versuch 1

nein
 stationäre Reha
 andere (ärztlich begleitet)
 Optifast
 Weight Watchers
 multimodales Therapiekonzept
 andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____ Dauer: _____ (Monate)

Gewichtsverlust

keinen
 bis 10 kg
 11 - 20 kg
 21 - 30 kg
 mehr als 30 kg
 unbekannt

Versuch 2

- nein
- stationäre Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer:

(Monate)

Gewichtsverlust

- keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Versuch 3

- nein
- stationäre Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer:

(Monate)

Gewichtsverlust

- keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**körperliche Aktivität
(Dauer pro Woche)**

- nein
- < 1h
- 1 - 2h
- > 2h
- unbekannt

Lebensqualität (BQL)					
	stimmt überhaupt 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"/>
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkom- men
04. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. Ich bin im Großen und Ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
<i>a) im Haushalt</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>b) im Beruf</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>c) im Privatleben</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eating Disorder Examination

An wie vielen der letzten 28 Tage ...

	k. A.	kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	k. A.	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)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	k. A.	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> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vom Arzt im KH 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