Klink für Allgemein- und Viszeralchirurgie

HELIOS Klinikum Siegburg

Ringstraße 49

53721 Siegburg

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Sie interessieren sich für eine Operation bei Übergewicht oder wünschen eine Beratung? Gerne nehmen wir uns Zeit für Sie.

Bitte beantworten Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst genau und senden Sie diesen per Post oder per Email an uns zurück.

Wir melden uns umgehend bei Ihnen für eine Terminvereinbarung zur Erstvorstellung in unserer Sprechstunde.

Ihr Adipositas-Team

**Patientenkoordination:** Tel: 02241 18 - 22 46

Frau Lückerath email: [claudia.lueckerath@helios-kliniken.de](mailto:claudia.lueckerath@helios-kliniken.de)

**Ärzteteam:**

Bente Petersen, Oberärztin email: [adipositas.siegburg@helios-kliniken.de](mailto:adipositas.siegburg@helios-kliniken.de)

PD Dr. med. J. Seifert, Chefarzt

Name: ....................................... Vorname: ………………………………

Telefon: …………………………. Handy: ……………………………….

Geburtsdatum: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Email: ……………………………………………………………………………

Adresse: …………………………………………………………………………………….

Körpergröße: ………….cm Derzeitiges Gewicht: …………..kg BMI: ……..

Höchstes Gewicht: …………kg Mein persönliches Wunschgewicht: …….kg

Seit wann sind Sie übergewichtig? ………………….

In welchem Alter wogen Sie am meisten? ………………….

**Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen oder Beschwerden?**

**Ja Nein**

Zuckerkrankheit (Diabetes) ------ ------ **Seit wann? ….**

Bluthochdruck ------ ------

Schilddrüsenerkrankung ------ ------

Hormonstörung/Unfruchtbarkeit ------ ------

Herzkrankheit oder Herzinfarkt ------ ------

Schlaganfall ------ ------

Asthma ------ ------

Schmerzen im Rücken ------ ------

Schmerzen in den Gelenken ------ ------

Luftnot bei Belastung ------ ------

Luftnot in Ruhe ------ ------

Schlafapnoe ------ ------

Depressionen ------ ------

Sodbrennen ------ ------

Andere Erkrankungen ------ ------

Waren Sie schon mal in psychotherapeutischer Behandlung? ………………………….

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ………………………………

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben? …………………………………

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Medikament Dosierung morgens-mittags-abends

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

------------------------- ----------------------- …….-…….-…… Stück

Haben Sie Allergien? ------ Nein

Wenn ja, welche? …………………………………..

Sind Sie schon mal am Bauch operiert worden? ------ Nein

Art der Operation Jahr der Operation

------------------------- -----------------------

------------------------- -----------------------

------------------------- -----------------------

------------------------- -----------------------

JA NEIN

Gibt es in Ihrer Familie Übergewicht? ------ ------ Wer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs? ------ ------

**Essgewohnheiten**

Häufig Selten Nein

Essen Sie oft zwischendurch? ------ ------ ------

Essen Sie Süssigkeiten? ------ ------ ------

Trinken Sie Softdrinks? ------ ------ ------

Leiden Sie unter Hungergefühl? ------ ------ ------

Haben Sie Heisshungeranfälle? ------ ------ ------

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ------ ------ ------

Essen Sie Fast Food? ------ ------ ------

Rauchen Sie? ------ JA ------ NEIN

Anzahl Zigaretten: ………………….

Wie lange schon? ……………….

Trinken Sie Alkohol? ------ Täglich ------ 1x/Woche ------ Nein

------ Gelegentlich

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: ……………………………………………….

Sind Sie derzeit berufstätig? ------ JA ------- NEIN

Welchen Berufsabschluss haben Sie? …………………………………………………

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? …………………………………………………

Leben Sie in einer Partnerschaft? ------ JA ------- NEIN

Haben Sie Kinder? ------ JA ------- NEIN

Bitte nenn Sie alle Versuche, Ihr Gewicht zu reduzieren:

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt/Krankenkasse durchgeführt?

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Hatten Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion?

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Jahr: ………………… Wie viele Wochen? …………….. Gewichtsverlust: ………...kg

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Lebenssituation?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie haben Sie von unserer Adipositasabteilung erfahren?

………………………………………………………………………………………………...

Datum: …………………. Unterschrift: …………………………………………………..

Bitte senden Sie den Fragebogen an die o.g. Adresse oder per Email.