

StuDoQ / Metabolische Erkrankungen

Erhebungsbogen für das Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in unserem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung 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.

Klinikum Itzehoe

Adipositaszentrum

Allgemeinchirurgische Ambulanz

Robert-Koch-Str. 2

25524 Itzehoe

Tel. 04821 772-2421

Fax. 04821 772-2409

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Fragen

Größe (in cm): _____ Aktuelles Gewicht : _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich divers

Übergewicht besteht seit Lebensjahr: _____

Was war Ihr höchstes Gewicht bisher: _____ kg In welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft: Nein Ja

Anzahl leiblicher Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch: Nein Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss	Hauptschule / Volksschule	Realschule / Mittlere Reife
Hochschulreife	Anderer	

Haben Sie eine Berufsausbildung?

keine	noch in Ausbildung	Hochschule
Lehre/Fach-/Meister-/Technikerschule		Anderer

Sind Sie derzeit erwerbstätig?	nicht erwerbstätig	Hausfrau / Hausmann
Vollzeit (> 35 h / Woche)	Teilzeit (15 – 35 h / Woche)	Teilzeit (< 15 h / Woche)
arbeitsunfähig	berentet	Anderer _____

Gibt es Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter:	Nein	Ja	Unbekannt	
Vater:	Nein	Ja	Unbekannt	
Kind(er):	Nein	Ja	Unbekannt	Keine Kinder
Geschwister:	Nein	Ja	Unbekannt	Keine Geschwister

Ihre Beweglichkeit außer Haus? frei nur mit Hilfsmittelimmobil

Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Magenkrebs? Nein Ja

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	Nein	Ja	seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	Nein	Ja	(Jahr): _____
Bluthochdruck	Nein	Ja	
Schlafapnoe	Nein	Ja	CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	Nein	Ja	
Harnsäureerhöhung Gicht	Nein	Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (Frauen)	Nein	Ja	
Gelenkerkrankungen / Schmerzen	Nein	Ja	

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen?	Nein	Ja	
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	Nein	Ja	
Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	Nein	Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)?	Nein	Ja	Seit wann? _____

Medikamente:

Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an. Da Operationen mit Schlüssellochtechnik (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch offen (das heißt mit großem Schnitt), geben Sie dies bitte an:

Gallenblasenentfernung	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
Blinddarmentfernung	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
Adipositas-Operationen	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen am Magen	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
----------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen am Darm	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
---------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen am Bauch	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
----------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
------------------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
---	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Sonstige Operationen:

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	Nein	Ja
Essen Sie nachts?	Nein	Ja
Haben Sie Essanfälle?	Nein	Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Hauptmahlzeiten pro Tag: _____

Nebenmahlzeiten pro Tag: _____

Zuckerhaltige Getränke (Liter / Tag): _____

Bitte geben Sie die letzten drei Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

keinen
stationär / Reha
andere (mit Arzt)
Optifast
Weight Watcher
andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen
_____ kg

Abnehmversuch 2

keinen
stationär / Reha
andere (mit Arzt)
Optifast
Weight Watcher
andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen
_____ kg

Abnehmversuch 3

keinen
stationär / Reha
andere (mit Arzt)
Optifast
Weight Watcher
andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen
_____ kg

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

Nein weniger als 1 Stunde / Woche 1 bis 2 Stunden / Woche
mehr als 2 Stunden / Woche Welche: _____