



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Erhebungsbogen für das Erstgespräch



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem 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 bekommen.

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.

Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader[®]" von der Herstellerwebseite verwenden: www.get.adobe.com/reader/

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen, die Antworten werden dann manuell übertragen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: _____

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? _____ kg in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? Nein Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch Nein Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss Hochschulreife

Hauptschule / Volksschule anderer

Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?

keine Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

noch in Ausbildung anderer

Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?

nicht erwerbstätig Hausfrau/Hausmann

Vollzeit (> 35 h/Woche) arbeitsunfähig

Teilzeit (15 - 35 h/Woche) berentet

Teilzeit (< 15 h/Woche) anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter Vater

Kind(er) Geschwister

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) frei nur mit Hilfsmitteln sehr eingeschränkt (immobil)

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Welche:		
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit wann: _____

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends

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** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____ im Jahr: _____

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

Welche: _____

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

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand
(Brüche, plastische Operationen) Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

andere Operationen am Bauch Nein Ja, offene OP oder Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken
(bei Frauen) Nein Ja, offene OP oder 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:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag _____

Neben-Mahlzeiten pro Tag _____

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) _____

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

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

Abnehmversuch 2

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

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

Abnehmversuch 3

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

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

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach? Nein
 weniger als 1 Stunde pro Woche
 1 bis 2 Stunde pro Woche
 mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche _____