

Fragebogen Adipositassprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie alle Fragen ausführlich, bevor Sie in unsere Sprechstunde kommen. Selbstverständlich unterliegen diese freiwilligen Angaben der Schweigepflicht, d. h., der Zugriff auf diese Daten erfolgt nur durch die im Adipositaszentrum tätigen Partner der einzelnen Module.

Eine Liste der verschiedenen kooperierenden Teams wurde mir ausgehändigt.

Motivation Ihres Kommens:

von Freunden empfohlen

sonstiges _____

eigene Initiative

Selbsthilfegruppe

Hausarzt Krankenkasse

Straßenbahnwerbung

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Sind Sie privat Zusatzversichert? ja nein

Rentenversicherung: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

Seit wann zahlen Sie dort Beiträge? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie? keine Ausbildung Lehre

Meisterprüfung Universitätsabschluss

erlernter Beruf: _____

ausgeübte Tätigkeit: _____

Rentner krankgeschrieben arbeitssuchend

Hausarzt: _____

Adipositas assoziierte Erkrankungen:

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor oder bestand jemals der Verdacht auf eine solche?

- 1. Herz- Kreislauf:**
- Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Halsgefäße
 - Herzgefäßerkrankung (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Stent)
 - periphere Gefäßerkrankungen (pAVK), Arteriosklerose, Erkrankungen der Hauptschlagader
 - Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)

Sind Sie in kardiologischer Behandlung? Ja Nein

Name des Arztes: _____

2. Atmung:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- Luftnot in Ruhe ja nein weiß nicht
 - Luftnot bei Belastung ja nein weiß nicht
 - Schlafapnoe (Atemaussetzer) ja nein weiß nicht
- Sind Sie in lungenfachärztlicher Behandlung? ja nein

Name des Arztes: _____

3. Stoffwechsel:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- Erhöhte Blutfette ja nein weiß nicht
- Zuckerkrankheit ja nein weiß nicht
- insulinpflichtig Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II
- Gicht ja nein weiß nicht
- Schilddrüsenerkrankungen ja nein weiß nicht

Name des Diabetologen: _____

4. Magen-Darm-Trakt:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- Saures Aufstoßen/Sodbrennen? ja nein
- Entzündung der Speiseröhre ja nein
- Entzündung des Magens ja nein
- Entzündung des Zwölffingerdarms ja nein
- Entzündung des sonstigen Dünndarmes ja nein
- Entzündung des Dickdarmes ja nein
- Erkrankung der Gallenblase ja nein weiß nicht

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann? _____

5. Bewegungsapparat:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

Schmerzen im Rücken ja nein

Schmerzen in der Hüfte ja nein

Schmerzen in den Kniegelenken ja nein

Schmerzen in Knöcheln/Füßen ja nein

Schwellungen in den Gelenken? Wenn ja, wo? _____

Benötigen Sie eine Gehhilfe? ja nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja _____ % nein

Andere Nebendiagnosen: (z. B. Lähmungen, Gelenkersatz,...)

6. Nervensystem:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

Schwindelattacken? ja nein

Sehstörungen? ja nein

Sind Sie jemals bewusstlos geworden oder wegen Schwindel gestürzt? ja nein

Sind Sie neurologischer (nervenfachärztlicher) Behandlung? ja nein

Name des Arztes? _____

7. Andere:

Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Epilepsie, Rheuma) oder eine körperliche Behinderung? _____

Erkrankungen in der Familie:

Wer aus Ihrer Familie leidet an massivem Übergewicht? (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel?) (*Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen*)

Leidet ein Verwandter 1. Grades (Vater, Mutter, Bruder, Schwester) an Diabetes?

ja _____ nein

Hat ein Verwandter 1. Grades (s. o.) vor dem 60. Lebensjahr einen Herzinfarkt und/oder einen Schlaganfall erlitten?

ja _____ nein

Leidet ein Verwandter 1. Grades an einer Krebserkrankung?

ja Wer? _____ Woran? _____ nein

Medikamente:

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? ja nein gelegentlich

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein gelegentlich

Medikament/Dosierung	seit wann	wogegen	Nebenwirkungen

Voroperationen:

Sind Sie schon einmal operiert worden? ja nein

Wann und welche Operation? _____

Kam es dabei zu Komplikationen? ja nein

Entwicklung der Adipositas:

In welchem Alter wogen Sie am meisten? _____

Wie war Ihr Gewicht vor 5 Jahren? _____

Wie war Ihr Gewicht vor 1 Jahr? _____

Höchstes je erreichtes Gewicht? _____

Wie lautet Ihr Wunschgewicht? _____

Haben Sie schon einmal an einer Ernährungsberatung teilgenommen? Wann und Wo? _____

Essen- und Lebensgewohnheiten:

Haben Sie regelmäßige Essenzeiten? ja nein gelegentlich

Kochen Sie zu Hause regelmäßig? ja nein gelegentlich

Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? ja nein gelegentlich

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? ja nein gelegentlich

Haben Sie Heißhungerattacken? ja nein gelegentlich

Was essen Sie besonders gern? _____

Wie viele Portionen Obst/Gemüse essen Sie am Tag? _____

Wie oft essen Sie Fleisch pro Woche? _____

Wie oft essen Sie Fisch pro Woche? _____

Essen Sie Fast Food? ja nein gelegentlich

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? ja nein gelegentlich

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ja nein gelegentlich

Trinken Sie Softdrinks (Cola, Limo etc.) ja nein gelegentlich

Wenn ja, welche? _____

Wie viel trinken Sie insgesamt pro Tag (inkl. Kaffee)? _____ Liter

Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? ja ___ Stück/Tag nein

Unverträglichkeit von Lebensmitteln oder Allergien? Wenn ja, welche _____

Trinken Sie Alkohol? täglich _____ (Menge) 1x Woche
 nein gelegentlich

Sind Sie „Drogennutzer“ (Aufputzmittel, Schmerzmittel)? ja nein gelegentlich
wenn ja wie häufig? _____

Nehmen Sie Abführmittel? ja nein gelegentlich

Erbrechen Sie sich? Wie häufig? _____ ja nein gelegentlich

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer (Computerarbeit **und** Freizeit am Computer)?

Waren Sie früher sportlich aktiv? ja nein
 regelmäßig gelegentlich selten nie

Bis vor _____ Jahren.

Sind Sie jetzt sportlich aktiv? ja nein

Wie oft pro Woche? _____ Wie lange? _____ min.

Welcher Sport? (z. B. Schwimmen, Nordic Walking)

Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? Z. B. Spazieren gehen, Treppensteigen, Gartenarbeit, Putzen, Radfahren? (*Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen*) Wie oft pro Woche? _____

Mussten Sie jemals eine Sporttherapie aus gesundheitlichen Gründen abbrechen? _____

Hat man Ihnen jemals aus medizinischen Gründen von Sport/körperlicher Bewegung abgeraten?

Kennen Sie einen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich aktiv sein sollten/könnten?

Bitte nennen Sie alle Diäten, die Sie bis jetzt durchgeführt haben (eigenständig, Hausarzt, Krankenkasse, Kuren, stationäre Behandlungen):

Von – bis	Diätname/-bezeichnung	Anfangsgewicht	Gewichtsreduktion	Wie lange gehalten?

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Befinden Sie sich jetzt in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Welchen Therapieansatz verfolgt der Therapeut: Verhaltenstherapie Verhaltensanalyse

anderen, welchen: _____

Name und Telefonnummer des Therapeuten:

Liste der kooperierenden Fachbereiche und Ansprechpartner

- Medizinische Klinik Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie und Kardiologie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling: Dr. med. B. Backes (Chefarzt), Dr. med. W. Szyslo (Oberarzt)
- Zentrum für MIC, Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Wesseling: Prof. Dr. med. C. A. Jacobi (Chefarzt), Dr. med. G. Meyer (Ltd. Oberarzt), Dr. med. U. Groß (Oberärztin), Dr. U. Andendorfer, A. Geyer, C. Scholz, T. Vasiliou
- Klinik für Plastische Chirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Wesseling: Dr. med. D. Richter (Chefarzt), Dr. med. Allan Abu Allan (Oberarzt), M. Wagner (Oberarzt), Dr. med. Boos-Boateng
- Psychosomatik und Psychiatrie: Kooperation LVR- Klinik Bonn: Dr. med. T. Kunzmann (Oberarzt), A. Borsch, C. Richter, N. Gluszczyk
- Ernährungsmedizin und Sporttauglichkeit: Praxis Jürgen Recht am Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Wesseling und Kooperation Kardiologische Praxis Rodenkirchen: Dr. med. T. Schramm
- Oecotrophologie: S. Vianello (Crone) , L. Klukas und M. Jacken
- Bewegungstherapie:
Kooperation SportsDoc: Dr. Sportwiss. M. Laqué, A. Wacker, L. Hanke
Kooperation aktiv04: A. Mathes
- Koordination und Leitung: Dr. med. K. Jacobi

Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen für diese Angaben!