





**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	Wofür	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“ (Aufputschmittel, 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 \_\_\_\_\_ Jahre.

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	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 Telefon-Nr. 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-, Visceral- und Unfallchirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling: Prof. Dr. med. C. Jacobi (Chefarzt), Dr. med. G. Meyer (Ltd. Oberarzt), Dr. med. U. Groß (Oberärztin), A. Geyer, L. Praiss, T. Vasiliou.
- Klinik für Plastische Chirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling: Dr. med. D. Richter (Chefarzt), Dr. N. Schwaiger (Oberärztin), M. Wagner (Oberarzt), Dr. med. Boos-Boateng.
- Psychosomatik und Psychiatrie: Kooperation LVR- Klinik Bonn: Prof. Dr. med. W.-P. Hornung (Chefarzt), T. Kunzmann (Oberarzt), A. Borsch, C. Richter, K. Heuser.
- Ernährungsmedizin und Sporttauglichkeit: Praxis Jürgen Recht am Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling und Kooperation Kardiologische Praxis Rodenkirchen: Dr. med. T. Schramm.
- Oecotrophologie: S. 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!**