

Patientenerhebungsbogen Morbide Adipositas

Datum:

Name:	
Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
Familienstand:	Kinder:
Beruf:	Bzw. früher tätig als:
Derzeitiges Gewicht in kg:	Körpergröße in cm:

Name und Adresse des **behandelnden Arztes**:

.....

.....

Krankenversicherung:

Seit wann sind Sie übergewichtig?

Wie viel Kilogramm wogen Sie vorher?

Was glauben Sie, ist die Ursache Ihres Übergewichtes?

.....

Wer ist in Ihrer Familie ebenfalls übergewichtig?

Naschen Sie gern? Nein Ja

Essen Sie immer alles auf? Nein Ja

Machen Sie sich öfter am Tage etwas zum Essen? Nein Ja

Brauchen Sie mehr als Ihre Bekannten/Verwandten, die nicht übergewichtig sind, um satt zu werden?

Nein Ja

.....

....

Haben Sie Vorlieben für

Kuchen Eis Schokolade Käse Wurst Kekse Chips Brot

Nudeln Gemüse anderes, wie z.B.

Was trinken Sie gern und oft?

Haben Sie Erbrechen ausgelöst, wenn Sie glaubten zu viel gegessen zu haben?

Nein Ja

Essen Sie, weil es Spaß macht? Nein Ja

Essen Sie, um satt zu werden? Nein Ja

Essen Sie, weil Sie hungrig sind? Nein Ja

Essen Sie, wenn Ihnen langweilig ist? Nein Ja

Essen Sie, weil Sie gestresst oder frustriert sind? Nein Ja

Was haben Sie gegen das Übergewicht bisher getan?

Welche Diät?

Wie lange?

Wie viel Kg haben Sie in welcher Zeit abgenommen?

Zuletzt wann?

Haben Sie an **Kursen über Ernährung** teilgenommen?

a) z.B. Weight Watchers wann?

b) z.B. seitens der Krankenkasse wann?

c) andere wann?

d) Wie viel Kg haben Sie dabei in welcher Zeit abgenommen?

Haben Sie eine **Abmagerungskur** gemacht?

Wann?

Wie viel kg Gewichtsabnahme?

....

Haben Sie sich zur Gewichtsabnahme einer **Psychotherapie** unterzogen?

Wann? Wo?

Welcher Erfolg?

Haben Sie eine **Gewichtsreduktion unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung** gemacht?

ambulant bei

Welcher Erfolg? (kg/Woche)

stationär in einem Krankenhaus

Welcher Erfolg?

Haben Sie **Appetitzügler** genommen?

Wann? Wie lange?

Welcher Erfolg?

Welche anderen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie getroffen?

Wie viel Kg in welcher Zeit haben Sie dabei abgenommen?

Wie hoch ist der **Blutdruck**?

Sind Sie zuckerkrank (**Diabetes mellitus**)?

Welcher Wert?

Welche **Medikamente** nehmen Sie? Und wie viele davon?

.....
.....

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden? Nein Ja

Wann?

Wo?

Weshalb?

Sind Sie aktuell in **psychiatrischer Behandlung**? Nein Ja

Liegt eine **Suchterkrankung** vor? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an **Schlafapnoe**? Nein Ja

Hatten Sie schon einmal einen **Magenspiegelung** (Gastroskopie)? Nein Ja

Haben Sie Sodbrennen? Nein Ja

Sind Sie wegen einer **Krebserkrankung** in Behandlung?

.....

Warum wollen Sie an Gewicht abnehmen?

.....
.....
.....

Unter welchen Krankheiten oder Symptomen leiden Sie zurzeit?

.....
.....
.....

Fragenbogen bitte vollständig ausfüllen und im/dem Sekretariat wieder abgeben/zuschicken.