



Kompetenzzentrum
für Adipositaschirurgie



Berliner Adipositaszentrum an den DRK Kliniken Berlin | Köpenick

Salvador-Allende-Str. 2-8, 12559 Berlin, Haus 5.2, 2. Ebene

Leitender Arzt:

Prof. Dr. med. Matthias Pross

Dr. med. Martin Kemps

Dr. med. Peer Joensson

e-mail: adipositastherapie@drk-kliniken-berlin.de

Fragebogen für Neu-Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte beantworten Sie **alle** Fragen genau und ausführlich,
um die Erstberatung sowie Ihre Therapie so optimal wie möglich durchzuführen.

Name Telefon

Vorname Handy

Geburtsdatum e-mail

Geschlecht männlich weiblich

Adresse

1. Allgemeine Fragen

Körpergrößecm

jetziges Körpergewichtkg

Was war Ihr höchstes Gewicht bisher?kg in welchem Jahr?

Übergewichtig seit welchem Lebensjahr?

Wunschgewicht?kg

Haben Sie leibliche Kinder? ja nein

wenn ja, wie viele?.....

Unerfüllter Kinderwunsch? ja nein

Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> Hochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule | <input type="checkbox"/> anderer |
| <input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife | |

Haben Sie eine Berufsausbildung? Wenn ja welche?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Fach-/Meister-/Technikerschule / Lehre |
| <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung | <input type="checkbox"/> anderer |
| <input type="checkbox"/> Hochschule | |

Sind Sie derzeit erwerbstätig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit (> 35h/Woche) | <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit (15 - 35 h/Woche) | <input type="checkbox"/> berentet |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit (< 15 h/Woche) | <input type="checkbox"/> anderer |

Sind Sie pflegebedürftig? nein teilweise voll

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> frei | <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt (immobil) |
|-------------------------------|---|---|

Leidet sonst noch jemand aus Ihrer Familie an massivem Übergewicht?
(Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel?)

.....

Wer ist Ihr/e Hausarzt/ Hausärztin?

.....

2. Fragen zur Gesundheit

Leiden Sie an Allergien? ja nein

wenn ja, welche?

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

Bluthochdruck ja nein weiß nicht

Erhöhte Blutfette ja nein weiß nicht

Zuckerkrankheit ja nein weiß nicht

Wenn ja: Diabetes Typ 1 seit (Jahr):

Diabetes Typ 2 seit (Jahr):

Herzkrankheiten ja nein weiß nicht

Lungenkrankheiten ja nein weiß nicht

Erhöhte Harnsäure / Gicht ja nein weiß nicht

Schmerzen im Rücken ja nein gelegentlich

Schmerzen in der Hüfte ja nein gelegentlich

Schmerzen in den Kniegelenken ja nein gelegentlich

Schmerzen in den Knöcheln/Füßen ja nein gelegentlich

Luftnot bei leichter Belastung ja nein gelegentlich

Luftnot in Ruhe ja nein gelegentlich

Depressionen ja nein gelegentlich

Gallensteine/-erkrankungen ja nein gelegentlich

Haben Sie eine Schlafapnoe? (Atemaussetzer beim Schlafen)
 ja nein weiß nicht

Harninkontinenz ja nein weiß nicht

Sodbrennen ja nein weiß nicht

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? ja nein

Haben Sie bereits ihre Menopause (Wechseljahre)?

ja seit wann: nein

Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)?

ja nein weiß nicht

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche ?

.....

.....

.....

.....

Sind Sie schon einmal operiert worden? ja nein

wenn ja, welche Operationen?

.....

.....

.....

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

.....

.....

3. Fragen zum Ernährungsverhalten

Was essen Sie besonders gern?

Was essen Sie ungern?

Was bedeutet Essen für Sie?

.....

Haben Sie Heißhunger-Anfälle? ja nein gelegentlich

Kochen Sie zu Hause regelmäßig? ja nein

Gibt es bei Ihnen regelmäßige Mahlzeiten? ja nein gelegentlich

Bitten machen Sie Angaben zur Zahl ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag: Neben-Mahlzeiten pro Tag:

Essen Sie Fast Food? ja nein gelegentlich

Trinken Sie Softdrinks? ja nein gelegentlich

wenn ja, welche?

und wieviel (Liter/Tag)?

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ja nein gelegentlich

Rauchen Sie? ja nein Anzahl

Trinken Sie Alkohol? ja nein gelegentlich

Sind Sie nach dem Essen richtig satt? ja nein gelegentlich

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ja nein

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

nein

weniger als 1 Stunde pro Woche

1 bis 2 Stunden pro Woche

mehr als 2 Stunden pro Woche

Wenn ja, welche?

Wenn nicht, aus welchen Gründen?.....

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben?

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche detailliert an:

Abnehmversuch 1

- Ernährungsumstellung
- Stationär/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

.....

Abnehmversuch 2

- Ernährungsumstellung
- Stationär/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

.....

Abnehmversuch 3

- Ernährungsumstellung
- Stationär/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

.....

Weitere Diätversuche:

(Jahr?, Welche Diät/Maßnahme? Ärztlich begleitet? Gewichtsverlust?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:.....

Unterschrift: