

Persönlicher Fragebogen zur pathologischen Adipositas

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, PLZ, Wohnort:	
Telefon, E-Mail-Adresse:	
Krankenversicherung:	
Schulabschluss:	
Ausbildung/ Studium:	
Beruf:	
Derzeitige Erwerbstätigkeit:	<input type="checkbox"/> erwerbstätig mit Std./Woche <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> arbeitsuchend <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Familienstand / Kinder:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> alleinstehend
Hausarzt, Adresse, Tel.:	
Derzeitiges Gewicht / BMI:	
Bisheriges Höchstgewicht	Lebensjahr:
Zielgewicht:	



Körpergröße:	
Übergewichtig seit wann? (bitte ungefähres Alter angeben)	

Essverhalten

Welche der folgenden Mahlzeiten nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittagessen <input type="checkbox"/> Nachmittagskaffee <input type="checkbox"/> Abendessen
Welches ist Ihre wichtigste Mahlzeit?	
Was essen Sie zwischendurch?	
Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?	
Welche Nahrungsmittel essen Sie ungern?	
Wie würden Sie Ihren Appetit bezeichnen?	<input type="checkbox"/> übermäßig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gering
Wie viele Gläser Milch trinken Sie täglich?	
Welche Getränke nehmen Sie hauptsächlich zu sich?	
Welche Süßigkeiten essen Sie am liebsten und in welcher Menge?	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ab und zu
Halten Sie zurzeit eine spezielle Diät ein? Welche?	
Schreiben Sie alle Diäten auf, die Sie bisher durchgeführt haben.	Bitte in dem beiliegenden Diätverlaufsbogen eintragen.



<p>Welche der folgenden Punkte erscheinen Ihnen beim Essen besonders wichtig?</p>	<input type="checkbox"/> Das zu essen, was Ihnen schmeckt? <input type="checkbox"/> Das Aussehen des Essens? <input type="checkbox"/> Die Art der Zubereitung? <input type="checkbox"/> Wo und wie Sie essen?	<input type="checkbox"/> Genug zu essen zu haben? <input type="checkbox"/> Mit jemandem zu essen und sich dabei zu unterhalten? <input type="checkbox"/> Sonstiges
<p>Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?</p>		
<p>Gibt es Übergewicht in Ihrer Familie?</p>	<p>wenn ja : <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Kinder</p>	
<p>Nehmen Sie Abführmittel?</p>		
<p>Welchen Sport treiben Sie? Wieviel Std./ Woche?</p>		
<p>Welche Hobbys haben Sie?</p>		
<p>Rauchen Sie?</p>	<input type="checkbox"/> nein Ggf. seit wann aufgehört?	<input type="checkbox"/> ja Seit wann? Wieviel pro Tag?
<p>Trinken Sie alkoholische Getränke?</p>	<input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> regelmäßig Was? Wieviel?



<p>Welche Operationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?</p>	
<p>Leiden Sie an Herzen- oder Lungenkrankheiten, welche?</p>	
<p>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</p>	
<p>Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Waren Sie jemals in nervenärztlicher Behandlung? Wann und warum?</p>	
<p>Wie schätzen Sie Ihre Grundstimmung ein?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Fröhlich <input type="checkbox"/> Angespannt <input type="checkbox"/> Entspannt <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Depressiv </p>
<p>Leiden Sie Ihrer Meinung nach an psychischen oder sozialen Problemen, die durch Ihr Übergewicht hervorgerufen werden? Wenn ja, welche?</p>	



Begleiterkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen):	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) seit wann bekannt? <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Schlafapnoe C-PAP-Gerät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Erhöhter Cholesterinwert <input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Luftnot bei Belastung <input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe <input type="checkbox"/> Schilddrösen- erkrankung <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Was müsse mindestens erreicht werden/sich verändern, damit sich so in Eingriff für Sie gelohnt haben wird?		
Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie sich jetzt für eine Adipositas-OP interessieren ?		

Datum / Unterschrift _____

