

Adipositas Klinik

Fragebogen zur Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind Ihr Übergewicht leid und möchten aktiv etwas dagegen unternehmen? Sie interessieren sich für eine Adipositas-Operation oder aber sind sich noch gar nicht sicher, welche Behandlung Ihnen am besten helfen kann? Willkommen in der Adipositas Klinik! Hier besprechen wir ausführlich mit Ihnen, wie Sie Ihr Gewicht langfristig vermindern und so Ihren Wunsch nach einem gesünderen Leben erfüllen können. Um Sie gut beraten zu können, bitten wir Sie, alle nachstehenden Fragen genau zu beantworten. Gemeinsam werden wir mit Ihnen einen Weg finden.

Schicken oder mailen Sie uns diesen Fragebogen.

Wir vereinbaren dann einen Termin mit Ihnen zur Erstvorstellung in unserer Sprechstunde.

Tel: 05 21. 9 43 - 82 01 ▪ Fax: 05 21. 9 43 - 82 99 ▪ E-Mail: adipositas.klinik@klinikumbielefeld.de

Patientenkoordination und Beratung:

Stefanie Wirtz

*Fachkoordinatorin für Adipositas- und
metabolische Chirurgie*

Ärzte team:

Dr. Beate Herbig

Chefärztin

PD Dr. med. Carolina Pape-Köhler

Chefärztin

Dr. med. Sebastian Kahlert

Oberarzt

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: weiblich männlich divers

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Anschrift _____

Körpergröße _____ cm Höchstes Gewicht _____ kg

Derzeitiges Gewicht _____ kg Wunschgewicht _____ kg

Seit wann sind Sie übergewichtig? _____

In welchem Alter wogen Sie am meisten? _____

Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht? ja nein

Wenn ja, wer? _____

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung erhalten?

ja

nein

Haben Sie Heißhungeranfälle?

täglich

wöchentlich

selten

nein

Stehen Sie Nachts zum Essen auf?

täglich

wöchentlich

selten

nein

Mahlzeiten regelmäßig

täglich

wöchentlich

selten

nein

Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie?

1

2

3

4

Wie viele Nebenmahlzeiten essen Sie?

1

2

3

4

Fast Food

täglich

wöchentlich

selten

nein

Wieviel zuckerhaltige Getränke trinken Sie täglich?

Keine

0,5 Liter

1 Liter

>1 L

Essen Sie Süßigkeiten

täglich

wöchentlich

selten

nein

Zwischendurchessen?

ja

nein

Bitte nennen Sie uns, welche Versuche der Gewichtsabnahme Sie bereits durchgeführt haben:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha	<input type="checkbox"/> Stationäre/Reha
<input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet)
<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast	<input type="checkbox"/> Optifast
<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers	<input type="checkbox"/> Weight Watchers
<input type="checkbox"/> MMK	<input type="checkbox"/> MMK	<input type="checkbox"/> MMK
<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> andere
Jahr: _____	Jahr: _____	Jahr: _____
Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____
Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:
<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> keinen
<input type="checkbox"/> bis 10 kg	<input type="checkbox"/> bis 10 kg	<input type="checkbox"/> bis 10 kg
<input type="checkbox"/> 11 - 20 kg	<input type="checkbox"/> 11 - 20 kg	<input type="checkbox"/> 11 - 20 kg
<input type="checkbox"/> 21 - 30 kg	<input type="checkbox"/> 21 - 30 kg	<input type="checkbox"/> 21 - 30 kg
<input type="checkbox"/> mehr als 30 kg	<input type="checkbox"/> mehr als 30 kg	<input type="checkbox"/> mehr als 30 kg
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt

Rauchen Sie?

ja

nein

Zigaretten/Tag _____

Jahre _____

Trinken Sie Alkohol?

täglich

1x/Woche

selten

nein

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

Wenn JA, seit welchem Jahr? _____

Typ 1 Typ 2

Insulin Medikamente

Bluthochdruck ja nein

Herzkrankheiten/Herzinfarkt/
Rhythmusstörung ja nein

Schlaganfall ja nein

Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf) ja nein

Wenn JA, haben Sie eine CPAP-Maske? ja nein

Sodbrennen ja nein

Erhöhte Blutfette/Cholesterin ja nein

Schilddrüsenerkrankung/Hashimoto/
Unterfunktion ja nein

Asthma bronchiale (medikamentenpflichtig) ja nein

Kurzatmigkeit bei leichter Belastung ja nein

Luftnot in Ruhe ja nein

Thrombose/Embolie ja nein

Depression ja nein

Unerfüllter Kinderwunsch (bei Frauen)/PCOS ja nein

Harnsäureerhöhung/Gicht ja nein

Rückenschmerzen ja nein

Hatten Sie bereits eine Rücken-Operation? ja nein

Schmerzen in den Hüftgelenken ja nein

Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk? ja nein

Schmerzen in den Kniegelenken ja nein

Haben Sie ein künstliches Kniegelenk? ja nein

Schmerzen in den Fußgelenken? ja nein

Fibromyalgie ja nein

Weitere Erkrankungen, die Sie uns mitteilen wollen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

	morgens	mittags	abends
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie einmal im Bauch operiert worden? ja nein
Wenn JA, bitte ankreuzen:
 Blinddarm Magen
 Gallenblase Darm
 Gebärmutter/Kaiserschnitt

Hatten Sie bereits eine Adipositas-Operation? ja nein

Wenn JA, welche? _____

Wenn JA, in welchem Jahr? _____

Haben Sie eine Allergie? ja nein

Wenn JA, welche? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie? keinen Lehre/Ausbildung
 Hochschulabschluss

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Sind Sie derzeit berufstätig? ja nein
Wenn JA, bitte ankreuzen:
 Vollzeit Teilzeit
Wenn Teilzeit: < 15 h > 15 h

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein

Haben Sie leibliche Kinder? ja nein

Wenn ja, wie viele Kinder? _____

Haben Sie jemals Sport getrieben? ja nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? ja nein

Wenn JA, welchen? _____

Wenn JA, wie viele Stunden pro Woche? weniger als 2 h mehr als 2 h

Wenn NEIN, aus welchen Gründen? _____

Waren Sie einmal in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn JA, in welchem Jahr? _____

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn JA, bei wem? _____

Hat Ihr Hausarzt/Hausärztin Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation? ja nein

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren? Hausarzt Freunde/Bekannte
 Internet Andere: _____

Wie sind Sie versichert? gesetzlich Selbstzahler
 privat

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass die Adipositas Klinik des Klinikums Bielefeld Sie für eine Terminvereinbarung und Terminerinnerung per Telefon/Mobiltelefon/SMS kontaktieren darf.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden, mailen oder faxen Sie diesen Fragebogen an:

Klinikum Bielefeld – Rosenhöhe
Adipositas Klinik
An der Rosenhöhe 27
33647 Bielefeld

Fax: 05 21. 9 43 - 82 99

E-Mail: stefanie.wirtz@klinikumbielefeld.de