

## Angaben zum Kontakt

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

## Allgemeine Fragen

Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Geschlecht:  weiblich  männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: \_\_\_\_\_

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? \_\_\_\_\_ kg in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Nein  Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: \_\_\_\_\_

Unerfüllter Kinderwunsch  Nein  Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss  Hochschulreife

Hauptschule / Volksschule  anderer

Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?

keine  Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

noch in Ausbildung  anderer

Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?

nicht erwerbstätig  Hausfrau/Hausmann

Vollzeit (> 35 h/Woche)  arbeitsunfähig

Teilzeit (15 - 35 h/Woche)  berentet

Teilzeit (< 15 h/Woche)  anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter:  Nein  Ja  Unbekannt

Vater:  Nein  Ja  Unbekannt

Kind(er):  Nein  Ja  Keine Kinder  Unbekannt

Geschwister:  Nein  Ja  Keine Geschwister  Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt (immobil)

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Welche:		
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit wann: _____

## Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_ im Jahr: \_\_\_\_\_

Operationen am Magen  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen am Darm  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an der Bauchwand  
 (Brüche, plastische Operationen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

andere Operationen am Bauch  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken  
 (bei Frauen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen:



## Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?  Nein  Ja

Essen Sie nachts?  Nein  Ja

Haben Sie Essanfälle?  Nein  Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Neben-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

### Abnehmversuch 1

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

### Abnehmversuch 2

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

### Abnehmversuch 3

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?  Nein

- weniger als 1 Stunde pro Woche
- 1 bis 2 Stunde pro Woche
- mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche \_\_\_\_\_