

**Patientenfragebogen**

Dieser Fragebogen ermöglicht es uns vorab, etwas über Ihre Krankengeschichte und Ihre Gewichts-/Ernährungsprobleme zu erfahren. Bitte versuchen Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten und bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.  
 Das persönliche Gespräch ist sehr wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt werden.  
 Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.  
 Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon
Beruf	
Hausarzt Name, Adresse	
Facharzt Name, Adresse (falls mitbehandelnd)	
Psychologe, Psychiater Name, Adresse (falls mitbehandelnd)	

**Gewichtsverlauf**

Größe	Gewicht																
Wie lange besteht das Übergewicht schon?																	
Gibt es in der Familie Übergewicht?	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Kinder																
Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/> ohne starke Schwankungen <input type="checkbox"/> stetig zunehmend <input type="checkbox"/> ständig wechselnd																
Waren Sie bereits als Kind übergewichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
Waren Sie bereits in der Jugend übergewichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
Was war Ihr höchstes Gewicht seit dem 21. Lebensjahr?	..... kg      wann: .....																
Wann begann die Gewichtszunahme?	(Heirat, Trennung, Scheidung, Rauchstopp, Schwangerschaft, Wechseljahre, Berufsbeginn, Stellenwechsel, Aufhören mit Sport)																
Gewicht in den vergangenen Jahren	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">2005</td> <td style="width: 25%;">2006</td> <td style="width: 25%;">2007</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2008</td> <td>2009</td> <td>2010</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2011</td> <td>2012</td> <td>2013</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2014</td> <td>2015</td> <td>2016</td> </tr> </table>		2005	2006	2007		2008	2009	2010		2011	2012	2013		2014	2015	2016
	2005	2006	2007														
	2008	2009	2010														
	2011	2012	2013														
	2014	2015	2016														

---

**Diäten / Gewichtsreduktionsversuche**

---

Wann?

Welche Diät

Gewichtsverlust

z.B. Januar 01 – März 01

Brigitte-Diät

4 kg

---

---

---

---

---

---

**Medikamente zur Gewichtsreduktion**

---

Haben Sie jemals Medikamente zur Gewichtsreduktion eingenommen?

 ja neinWenn ja, welche und wie lange?

---

**Ess- und Trinkgewohnheiten**

---

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

---

Wie viele Zwischenmahlzeiten nehmen Sie zu sich?

---

Haben Sie Essanfälle?

 nie selten häufigWelche Nahrungsmittel essen Sie besonders häufig und gerne?

---

 herzhaft, fettreich, viel Fleisch, Wurst etc. Süßigkeiten (Schokolade, Eis usw.) Gebäck (Kekse, Kuchen) süße Limonaden, Cola

---

Wieviel trinken Sie am Tag?

 weniger als 1 l / Tag

vorwiegend

 Mineralwasser 1 – 1,5 l / Tag Tee 1,5 – 2 l / Tag Kaffee 2,5 - 3 l / Tag „Light“-Getränke 3 und mehr l / Tag Süßgetränke, Fruchtsäfte

---

Trinken Sie Alkohol?

 ja nein

Wieviel im Durchschnitt?

 Bier ..... dl /  
Woche Wein ..... dl / Woche andere Getränke  
..... dl / Woche

---

**Körperliche Bewegung**

---

 keine tgl. bis 30 Minuten (z.B. Spaziergehen, Schwimmen, Radfahren) Sport 1 x / Woche (Gymnastik, Fußball, Tennis) Sport mehrmals / Woche

---

## Gesundheitszustand

---

### Herz- und Kreislauf

- Haben Sie hohen Blutdruck?  ja  nein
- Hatten Sie einen Herzinfarkt?  ja  nein
- Leiden Sie unter Brustschmerzen bei Belastung?  ja  nein
- Leiden Sie unter Herzrasen/ Herzstolpern?  ja  nein
- Leiden Sie unter Atemnot?  ja  nein
- Haben Sie hohe Blutfette / erhöhte Cholesterinwerte?  ja  nein
- 

### Diabetes (Zuckerkrankheit) / Stoffwechselerkrankungen

- Wurde bei Ihnen ein Diabetes (Zuckerkrankheit) festgestellt?  ja  nein
- Wurde bei Ihnen schon mal der Blutzucker untersucht?  ja  nein
- Hatten Sie einen Schwangerschaftsdiabetes?  ja  nein
- Wurden Ihre Schilddrüsenwerte schon mal bestimmt?  ja  nein
- Wurde eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt?  ja  nein
- 

*Beantworten Sie folgende Fragen, falls Sie Diabetiker sind?*

- Wann wurde Ihr Diabetes festgestellt? .....
- Wie lange nehmen Sie schon Medikamente ein? .....
- Wie lange nehmen Sie schon Insulin? .....
- In welchem Bereich bewegen sich Ihre Blutzuckerwerte?  
.....
- 

### Magen-/ Darmerkrankungen

- Haben Sie Gallenblasenprobleme?  ja  nein
- Leiden Sie häufig unter Bauchschmerzen?  ja  nein
- Leiden Sie unter Sodbrennen?  ja  nein
- Leiden Sie häufig unter Verstopfung?  ja  nein
- Haben Sie häufiger Durchfälle?  ja  nein
- 

### Atemwege

- Leiden Sie an Asthma?  ja  nein
- Leiden Sie unter Erkrankungen der Bronchien?  ja  nein
- Hatten Sie mal eine Lungenembolie?  ja  nein
- Hatten Sie eine sonstige Lungenerkrankung?  ja  nein
-

---

Wurde bei Ihnen eine Schlafapnoekrankheit festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn Sie mit nein geantwortet haben, beantworten sie bitte noch folgende Fragen.</i>		
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihnen schon mal jemand gesagt, dass Sie im Schlaf den Atem anhalten oder Atempausen haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen Sie manchmal mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafen sie öfters tagsüber, z.B. beim Lesen ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie starke Beinbewegungen im Schlaf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen Sie öfters mit trockenem Mund und Halsschmerzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Füllen Sie sich nach 8 Stunden Schlaf trotzdem erschöpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

**Gelenke, Beine, Füße**

Hüftschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Knieschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Sprunggelenksschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Fußschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Benützen Sie Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Schwellungen an den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie offene Wunden an den Beinen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

---

**Niere und Blase**

Haben Sie Harntröpfeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie schon mal eine Blasen- oder Nierenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Nierensteine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

**nur von Frauen zu beantworten**

Haben Sie regelmäßig Monatsblutungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Probleme in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?	.....	
Wie viele Kinder haben Sie?	.....	
Nehmen Sie die Antibabypille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine Sterilisation erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

---

**Nervensystem / Psyche**

- Leiden Sie unter Depressionen?  ja  nein
- Nehmen Sie deswegen Medikamente ein?  ja  nein
- Hatten Sie schon mal einen Krampfanfall?  ja  nein
- Leiden Sie an starken Kopfschmerzen?  ja  nein
- Haben Sie Sehstörungen?  ja  nein
- Hatten Sie schon mal Alkoholprobleme?  ja  nein
- Hatten Sie schon mal Probleme mit Drogen?  ja  nein
- Leiden Sie an einer Essstörung (Bulimie, Anorexie)  ja  nein
- 

**Operationen**

Monat/Jahr

<i>z.B. Gallenblasenentfernung</i>	<i>Januar 2001</i>

**Medikamente**

Dosierung


Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche Medikamente?

.....

---

**Sonstiges**

---

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> .....
Sie leben ...	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> mit Partner und Kindern
			<input type="checkbox"/> ohne Partner mit Kindern
	<input type="checkbox"/> in einem Haus	<input type="checkbox"/> in einer Wohnung	<input type="checkbox"/> Eigentum
			<input type="checkbox"/> zur Miete

---

Rauchen Sie?       ja       nein

---

---

Welches Wunschgewicht würden Sie gerne erreichen?

---

---

Wenn Sie möchten, können Sie nun noch einigen Worten beschreiben, wie das Übergewicht Ihr Leben beeinflusst?

---