

## 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 \_\_\_\_\_

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
		<input type="checkbox"/> nicht berufstätig			
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).  
 Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle ( d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Husteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) 0 \_\_\_\_\_