

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Adipositas-Sprechstunde

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%;">2005</td> <td style="width: 25%;">2006</td> <td style="width: 25%;">2007</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>2009</td> <td>2010</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>2012</td> <td>2013</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>2015</td> <td>2016</td> <td></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
<i>z.B. Januar 01 – März 01</i>	<i>Brigitte-Diät</i>	<i>4 kg</i>

Medikamente zur Gewichtsreduktion

Haben Sie jemals Medikamente zur Gewichtsreduktion eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche und wie lange?

Ess- und Trinkgewohnheiten

Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

Wieviele Zwischenmahlzeiten nehmen Sie zu sich?

Haben Sie Essanfälle? nie selten häufig

Welche 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, das 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

*z.B. Gallenblasentfernung**Januar 2001*

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?
