

Patientenfragebogen Adipositaszentrum

Helios Klinikum Siegburg
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ringstraße 49
53721 Siegburg

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Sie interessieren sich für eine Operation bei Übergewicht oder wünschen eine Beratung? Gerne nehmen wir uns Zeit für Sie.

Bitte beantworten Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst genau und senden Sie diesen per Post an uns zurück.

Wir melden uns umgehend bei Ihnen für eine Terminvereinbarung zur Erstvorstellung in unserer Sprechstunde.

Ihr Team des Adipositaszentrums Siegburg

Patientenkoordination

Tanja Römer
T (02241) 18-2502
tanja.roemer@helios-gesundheit.de

Ärzteteam

Bente Petersen, Oberärztin
Dr. med Christine Glietz
su-adipositas@helios-gesundheit.de

Allgemeine Fragen

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
E-Mail:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Körpergröße:	<input type="text"/> cm	Derzeitiges Gewicht:	<input type="text"/> kg
		BMI:	<input type="text"/>
Mein persönliches Wunschgewicht:	<input type="text"/> kg		
Übergewicht besteht seit Lebensjahr:	<input type="text"/>		
Was war Ihr höchstes Gewicht bisher?	<input type="text"/> kg	In welchem Jahr?	<input type="text"/>

Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein

Anzahl der leiblichen Kinder:

Unerfüllter Kinderwunsch: ja nein

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

Wenn Sie erwerbstätig sind, Welchen Beruf üben Sie aus?

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?
Mutter: ja nein unbekannt
Vater: ja nein unbekannt
Kind(er): ja nein Keine Kinder unbekannt
Geschwister: ja nein Keine Geschwister unbekannt

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

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Magenkrebs? ja nein Wenn ja, wer?

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen oder Beschwerden?

Diabetes Typ 1/Zuckerkrankheit: ja nein Seit (Jahr):

Diabetes Typ 2/Zuckerkrankheit: ja nein Seit (Jahr):

Bluthochdruck: ja nein

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen): ja nein CPAP-Behandlung/-Maske

Fettstoffwechselstörung: ja nein

Harnsäureerhöhung/Gicht: ja nein

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom): ja nein

Gelenkerkrankungen/-schmerzen: ja nein

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen? ja nein

Leiden Sie unter Harninkontinenz? ja nein

Leiden Sie unter Sodbrennen? ja nein

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? ja nein

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)? ja nein Seit wann?

Waren Sie schon mal in psychotherapeutischer Behandlung?

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikament:

Dosierung: morgens / mittags / abends: Stück

Allergien

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Operationen

Gallenblasenentfernung: ja, offene OP ja, mit Schlüssellochtechnik nein

Blinddarmentfernung: ja, offene OP ja, mit Schlüssellochtechnik nein

Adipositas-Operation ja, offene OP ja, mit Schlüssellochtechnik nein

in der Vorgeschichte? Welche? Im Jahr:

Operationen am Magen? ja, offene OP ja, mit Schlüssellochtechnik nein

Welche?

Operationen am Darm?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Andere Operationen am Bauch?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)?	<input type="checkbox"/> ja, offene OP	<input type="checkbox"/> ja, mit Schlüssellochtechnik	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="text"/>		
Sonstige Operationen:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Essgewohnheiten

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Essen Sie nachts?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Essanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag:	<input type="text"/>
Neben-Mahlzeiten pro Tag:	<input type="text"/>
Konsum zuckerhaltiger Getränke: (Liter/Tag)	<input type="text"/>

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1	Abnehmversuch 2	Abnehmversuch 3
<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"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="checkbox"/> Multimodales Therapiekonzept
<input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr: <input type="text"/>	Jahr: <input type="text"/>	Jahr: <input type="text"/>
Dauer in Monaten: <input type="text"/>	Dauer in Monaten: <input type="text"/>	Dauer in Monaten: <input type="text"/>
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 und Alkohol

Rauchen Sie? ja nein

Anzahl Zigaretten: Wie lange schon?

Trinken Sie Alkohol? täglich x/Woche gelegentlich nein

Sport

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

Welcher Sport/Aktivität:

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben? ja nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? ja nein

Wenn JA, was und wie viele Stunden:

Wenn NEIN, aus welchen Gründen:

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Lebenssituation?

Wie haben Sie von unserem Adipositaszentrum erfahren?

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie uns den Fragebogen an die oben genannte Adresse zurück.