



FORMULAR

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

Sie leiden unter einem extremen Übergewicht, das Ihre Lebensqualität bereits enorm einschränkt. Wahrscheinlich sind in der Vergangenheit schon viele Versuche unternommen worden, um das Übergewicht zu beeinflussen. Um beurteilen zu können, welche Maßnahmen bereits zur Anwendung kamen und welche Maßnahmen in Zukunft sinnvoll sind, bitten wir Sie, die unten aufgeführte Checkliste **möglichst ausführlich und gewissenhaft** auszufüllen:

- Aktuelle Angaben zu

Körperlänge in cm (KL)	
Körpergewicht in kg (KG)	
BMI (kg/m ²)	
Lebensmaximalgewicht wann?	
Wann wurden die 100 kg überschritten ?	
Seit wann sind Sie übergewichtig ?	

- Bitte erfassen Sie hier das multimodale Konzept, welches sowohl für die Bewegungs- als auch für die Ernährungstherapie insgesamt kumulativ sechs Monate in zwei Jahren umfasst. Legen Sie die entsprechenden Bescheinigungen bei.

Ernährungstherapie:

Zeitraum	Veranstalter

Bewegungstherapie:

Zeitraum	Veranstalter

- Angaben der/des Patientin/Patienten zu (Falls ja, bitte entsprechend angeben.)

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| - regelmäßiger medikamentöser Therapie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| - Nebenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| - Vor-Operationen am Bauch
(z. B. Kaiserschnitt, Blinddarm, etc.) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| - Allergien | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Falls zutreffend, bitte ankreuzen.



Sodbrennen

Reflux

Nikotin

		Check
4.	Fachpsychiatrische Stellungnahme (im Hause) zum Ausschluss von Ess-Störungen und anderen psychiatrischen Kontraindikationen z. B. Sucht, Psychosen (ggf. Vorlage von HVE- oder Psychotherapieberichten). Falls zutreffend: Bitten Sie Ihren Hausarzt um eine Bescheinigung über durchgeführte verhaltenstherapeutische Behandlungen mit Angabe zum Therapieverlauf und Einschätzung der Compliance.	
5.	Bescheinigung über regelmäßig durchgeführte Bewegungstherapie inkl. Gewichtsverlust unter der Anleitung eines Sport- oder Bewegungstherapeuten (insgesamt sechs Monate über zwei Jahre).	
6.	Ggf. internistische, gynäkologische und orthopädische Atteste.	
7.	Teilnahme an unserer Selbsthilfegruppe. Informationen hierzu finden Sie in einem entsprechenden Flyer sowie im Internet unter www.adipositas-treffpunkt.de .	

8.	<p>Bitte lassen Sie die unten genannten Untersuchungen zeitnah durchführen. Sobald die Kostenzusage der Krankenkasse vorliegt und Sie alle Untersuchungsergebnisse haben, schicken Sie uns diese bitte gebündelt per Fax, eingescannt per Mail oder per Post an unser Sekretariat.</p> <p>Bitte bringen Sie zudem die Kostenzusage sowie die Untersuchungsergebnisse im Original mit zur Indikationssprechstunde.</p>	
	- Endokrinologische Abklärung	
	o T3, T4, TSH	
	o Insulin, C-Peptid	
	o Cortisol, ACTH	
	- internistische Abklärung	
	o Nüchtern-Blutzucker, HbA1c, oraler Glukose-Toleranztest	
	o Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyceride	
	o Harnsäure, Kreatinin, Elektrolyte	
	o Mikronährstoffe (Zink, Eisen, Ferritin, Folsäure, Vitamin A und D3)	
	- Magenspiegelung	
	o HP-Status	
	o Zwerchfellhernie/Kardiainsuffizienz	
	- EKG	
	- Lungenfunktionsdiagnostik	
	- Abdomensonografie (Steatosis Hepatis / Cholecystolithiasis)	

Dr. med. Matthias Raggi, MBA
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Karl-Olga-Krankenhaus GmbH
Hackstraße 61
70190 Stuttgart

Telefon: 0711 2639-2321

Telefax: 0711 2639-2329

kok-allgemeinchirurgie@sana.de

www.karl-olga-krankenhaus.de