



Fragebogen Adipositasprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie alle Fragen ausführlich und vor allem ehrlich, damit wir das richtige Konzept für Sie finden können.

Motivation Ihres Kommens: eigene Initiative Hausarzt Selbsthilfegruppe
 sonstiges _____

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

BMI: _____ Umfang Taille: _____

Anschrift: _____

Ausübende Tätigkeit: _____

Wie lautet Ihr Wunschgewicht? _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Adipositas assoziierte Erkrankungen:

HerzKreislauf: Schlaganfall
 Herzgefäßerkrankung (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Stent)
 periphere Gefäßerkrankung (pAVK), Arteriosklerose

Erhöhte Blutfette Ja Nein weiß nicht
Zuckerkrankheit Ja Nein weiß nicht

insulinpflichtig seit _____ tablettentpflichtig seit _____

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? Ja Nein gelegentlich

Atmung: Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

Luftnot in Ruhe Ja Nein weiß nicht
Luftnot bei Belastung Ja Nein weiß nicht
Schlafapnoe Ja Nein weiß nicht Maske

Bewegungsapparat: Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

Schmerzen im Rücken Ja Nein
Schmerzen in der Hüfte Ja Nein
Schmerzen in den Kniegelenken Ja Nein
Schmerzen in Knöcheln/Füßen Ja Nein

Wie weit ist Ihre schmerzfreie Gehstrecke? (in Meter) _____

Andere Nebendiagnosen: _____

Fragebogen Adipositasprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Ernährungsgewohnheiten:

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Essen sie Süßigkeiten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Haben Sie Heißhungerattacken? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Essen Sie Fast Food? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Stehen Sie nachts zum Essen auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |

Was essen Sie? Frühstück _____

Mittag _____

Abendbrot _____

Trinken Sie Softdrinks/ zuckerhaltige Getränke? Ja Nein gelegentlich

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja seit wann _____ wie viele Zigaretten am Tag _____

Nein seit wann Nichtraucher _____

Trinken Sie Alkohol? Täglich 1xWo 1xMonat Nein gelegentlich

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Körperliche Aktivität pro Woche: Was? Wie lange? _____

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Name und Telefon des Therapeuten: _____

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!