

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 _____

Persönliche Angaben:

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausübende Tätigkeit: _____

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

Wie hoch war Ihr Körpergewicht im Alter von 18 Jahren? _____ kg

Wie hoch war Ihr höchstes je erreichtes Körpergewicht?/ Wann? _____ kg _____

Erkrankungen:

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

Zuckerkrankheit Ja Nein weiß nicht
 tablettspflichtig seit _____ insulinpflichtig seit _____

Atmung Luftnot in Ruhe Ja Nein weiß nicht
Luftnot bei Belastung Ja Nein weiß nicht
Schlafapnoe Ja Nein weiß nicht CPAP-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? _____ **Meter**

Andere Nebendiagnosen _____

Fragebogen Adipositasprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Ernährungsgewohnheiten:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Essen sie Süßigkeiten? (<i>Snacks?</i>) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Haben Sie Heißhungerattacken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Stehen Sie nachts zum Essen auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Trinken Sie Softdrinks/ zuckerhaltige Getränke? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

Wenn ja, welche und wieviel? _____

Rauchen Sie? Ja Seit wann: _____ Wie viele Zigaretten am Tag: _____
 Nein Seit wann Nichtraucher: _____

Trinken Sie Alkohol? Täglich 1x Woche 1x Monat Nein gelegentlich

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____ Stunden

Körperliche Aktivität pro Woche: Was? Wie lange? _____

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Name und Telefon des Therapeuten: _____

Datum

Unterschrift

Nutzen Sie auch gern unseren QR-Code:

