

## Allgemein- und Viszeralchirurgie

### Adipositas-Chirurgie

### Fragebogen

Klinikum Bayreuth GmbH  
Preuschwitzer Str. 101  
95445 Bayreuth

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für eine Adipositas-Operation? Bitte beantworten Sie alle Fragen genau und bringen Sie diesen Fragebogen zur Erstvorstellung in die Sprechstunde mit.

#### Ihr Ärzteteam:

Chefarzt Dr. Oliver Ponsel  
Oberarzt Dr. Jamal El Chafchak  
Assistenzärztin Dr. Anna-Alicia Niedermayer

#### Patientenkoordination und Antragsberatung:

Fachkoordinatorin Cindy Glod  
Tel. (0921) 400 – 52 72  
E-Mail [cindy.glod@klinikum-bayreuth.de](mailto:cindy.glod@klinikum-bayreuth.de)

---

Name ..... Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Adresse .....  
Telefon ..... Handy .....  
Email .....

---

Körpergröße ..... cm      Derzeitiges Gewicht ..... kg  
Höchstes Gewicht ..... kg      Wunschgewicht ..... kg  
Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig? .....  
In welchem Alter wogen Sie am meisten? .....

**Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?**

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
	Wenn JA, seit wie vielen Jahren? .....		
	<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Medikamente	
Erhöhte Blutfette / Cholesterol	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Herzkrankheiten/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Asthma	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schmerzen in den Hüftgelenken	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schmerzen in den Kniegelenken	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schmerzen in den Fußgelenken	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Luftnot bei leichter Belastung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Depressionen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Hormonstörungen/Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Medikament .....			Dosis .....
Medikament .....			Dosis .....
Medikament .....			Dosis .....
Medikament .....			Dosis .....

Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
	Wenn JA, welche? .....		

Sind Sie einmal im Bauch operiert worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Darm
Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

- |                                      |                                 |                                 |                               |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Heißhungeranfälle?         | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten?    | <input type="checkbox"/> JA     |                                 | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Stehen Sie nachts zum Essen auf?     | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Essen Sie Fast Food?                 | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Trinken Sie Softdrinks?              | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Essen Sie oft zwischendurch?         | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Essen Sie Süßigkeiten                | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Leiden Sie stark unter Hungergefühl? | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> NEIN |
- 

- |                      |                                       |                                    |
|----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Rauchen Sie?         | <input type="checkbox"/> JA           | <input type="checkbox"/> NEIN      |
|                      | Anzahl Zigaretten .....               |                                    |
|                      | Seit wie vielen Jahren? .....         |                                    |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> JA           | <input type="checkbox"/> NEIN      |
|                      | <input type="checkbox"/> Gelegentlich | <input type="checkbox"/> 1 x Woche |
- 

- |   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| Haben Sie jemals regelmäßig Sport<br>getrieben? | <input type="checkbox"/> JA              | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?           | <input type="checkbox"/> JA              | <input type="checkbox"/> NEIN |
|   | Wenn JA, was und wie viele Stunden?..... |                               |
|   | .....                                    |                               |
|   | Wenn NEIN, aus welchen Gründen? .....    |                               |
|   | .....                                    |                               |
- 

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| Sind Sie derzeit berufstätig?                | <input type="checkbox"/> JA                 | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Welchen Berufsabschluss haben Sie?           | <input type="checkbox"/> Keine Ausbildung   |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Lehre              |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss |                               |
| Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? ..... |   |                               |
| Leben Sie in einer Partnerschaft?            | <input type="checkbox"/> JA                 | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie Kinder?                            | <input type="checkbox"/> JA                 | <input type="checkbox"/> NEIN |
- 

Bitte nennen Sie mehrere Versuche, Ihr Gewicht zu verringern:

- |             |                         |                       |    |
|-------------|-------------------------|-----------------------|----|
| Jahr: ..... | Wie viele Wochen? ..... | Gewichtsverlust ..... | kg |
| Jahr: ..... | Wie viele Wochen? ..... | Gewichtsverlust ..... | kg |
| Jahr: ..... | Wie viele Wochen? ..... | Gewichtsverlust ..... | kg |
| Jahr: ..... | Wie viele Wochen? ..... | Gewichtsverlust ..... | kg |

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt/Krankenkasse durchgeführt?

Jahr: ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust ..... kg

Hatten Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion?

Jahr: ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust ..... kg

Jahr: ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust ..... kg

---

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Situation? .....

.....

.....

.....

---

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?  JA  NEIN

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?  JA  NEIN

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation?  JA  NEIN

---

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?  Hausarzt  Freunde  Internet  
 Andere: .....

---

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

**Terminvereinbarung zur Sprechstunde:**

Klinikum Bayreuth GmbH

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Adipositaszentrum

Tel. (0921) 400 – 75 3721

Fax (0921) 400 – 37 29

mvz.chirurgie@klinikum-bayreuth.de