

Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für eine Therapie in unserem Adipositaszentrum? Bitte beantworten Sie alle Fragen genau und bringen Sie diesen Fragebogen zur Erstvorstellung in die Sprechstunde mit. Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Ärzteteam

Chefarzt Dr. med. Oliver Ponsel

Oberärztin Dr. med. Karin Hüttner

Oberarzt Dr. med. (Univ. Niš) Filip Kostić

Oberarzt Dr. med. univ. Parvin Maharramov

Sprechstunde Michaela Kausler

☎ (0921) 400 – 52 70

✉ adipositaszentrum@klinikum-bayreuth.de

Patientenkoordination Alexandra Goldbaum-Carter

☎ (0921) 400 – 52 72 ✉ Alexandra.Goldbaum-

Carter@klinikum-bayreuth.de

1. **Anmeldung in der Patientenaufnahme (Haupteingang):** **20 - 30 Minuten vor dem Termin**

Bitte ziehen Sie hierfür eine Wartenummer.

2. **Ihr Termin im Adipositaszentrum (6. Stock):** am _____ um _____ Uhr

Bitte bringen Sie mit:

- | | |
|--|--|
| ☐ Ausgefüllter Fragebogen | ☐ Überweisung von Ihrem behandelnden Arzt |
| ☐ Falls vorhanden, ärztliche Vorbefunde | ☐ Ihre Versicherungskarte |

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Handy

Email

Körpergröße cm Derzeitiges Gewicht kg

Was war Ihr Bisher Höchstes Gewicht? kg

In welchem Jahr wogen Sie am meisten?

Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig?

Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht? ☐ NEIN ☐ Mutter ☐ Vater

☐ Kind(er)

☐ Geschwister

Wie ist Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)?

☐ Frei

☐ mit Hilfsmitteln

☐ sehr eingeschränkt (immobil)

Was war bisher Ihr größter Abnehmerfolg in kg?

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt/ Ihrer Krankenkasse etc. durchgeführt?

..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg

..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg

Haben Sie eine Kur- bzw. Reha-Maßnahme im Zusammenhang mit dem Übergewicht gemacht?

..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg

Ernährungsangewohnheiten

Haben Sie Heißhungeranfälle?

☐ Häufig

☐ Selten

☐ NEIN

Stehen Sie nachts zum Essen auf?

☐ Ja

☐ NEIN

Essen Sie **täglich** Süßigkeiten?

☐ Ja

☐ NEIN

Wieviel Liter Softdrinks trinken Sie?

..... Liter täglich

Anzahl der Hauptmahlzeiten

..... täglich

Anzahl der Nebenmahlzeiten

..... täglich

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

Diabetes (Zuckerkrankheit) Typ 2

☐ JA

☐ NEIN

☐ seit welchem Jahr?

☐ Insulin

☐ Medikamente

Diabetes Typ 1

☐ JA

☐ NEIN

☐ seit welchem Jahr?

Bluthochdruck

☐ JA

☐ NEIN

Erhöhte Blutfette / Cholesterin

☐ JA

☐ NEIN

☐ Weiß ich nicht

Schilddrüsenerkrankung

☐ JA

☐ NEIN

☐ Weiß ich nicht

Herzkrankheiten/Herzinfarkt

☐ JA

☐ NEIN

Schlaganfall

☐ JA

☐ NEIN

Schmerzen im Rücken

☐ JA

☐ NEIN

Schmerzen in Gelenken

☐ JA

☐ NEIN

Luftnot in Ruhe

☐ JA

☐ NEIN

Luftnot bei leichter Belastung

☐ JA

☐ NEIN

Schlafapnoe

☐ JA

☐ JA, mit Schlafmaske / CPAP-Therapie seit

(Atemaussetzer im Schlaf)

☐ NEIN

☐ Weiß ich nicht

Asthma

☐ JA

☐ NEIN

Gicht

☐ JA

☐ NEIN

Harninkontinenz

☐ JA

☐ NEIN

Sodbrennen

☐ JA

☐ NEIN

☐ Weiß ich nicht

Depressionen ☐ JA ☐ NEIN

Haben Sie **andere** Erkrankungen? ☐ JA ☐ Welche?
.....

BEI FRAUEN

Hormonstörungen/Unfruchtbarkeit ☐ JA ☐ NEIN ☐ Weiß ich nicht

Polyzystisches Ovarialsyndr. (PCO) ☐ JA ☐ NEIN ☐ Weiß ich nicht

Haben Sie Zyklusstörungen? ☐ JA ☐ NEIN

Ist Ihre Menopause schon eingetreten? ☐ JA ☐ NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ JA ☐ NEIN

Medikament	Dosierung	Früh	Mittag	Abend

Haben Sie eine Allergie? ☐ JA ☐ NEIN ☐ Weiß ich nicht

Wenn JA, welche?

Sind Sie einmal **am Bauch** operiert worden? ☐ JA ☐ NEIN

☐ Blinddarm konservativ? ☐ Gallenblase ☐ Darm
☐ Bauchwandbruch ☐ Nabelbruch ☐ Magen

Andere größere Operationen?
(Herz, Lunge, Gelenke, Rücken)

Ist bei Ihnen ein Krebsleiden bekannt? ☐ JA, welches?
☐ NEIN

Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs? ☐ JA ☐ NEIN

Rauchen Sie? ☐ NEIN ☐ JA
Anzahl Zigaretten täglich
Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol? ☐ NEIN ☐ gelegentlich ☐ selten ☐ regelmäßig

Treiben Sie **derzeit** regelmäßig Sport?

☐ JA

☐ NEIN

Wenn JA, was und wie viele Stunden?

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Welchen Schulabschluss haben Sie?

☐ keinen Abschluss

☐ Hauptschule

☐ Mittlere Reife

☐ Hochschulreife

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

☐ in Ausbildung

☐ Lehre

☐ Hochschule

Sind Sie derzeit berufstätig?

☐ nicht erwerbsfähig

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Hausfrau/Hausmann

☐ Rentner/-in

☐ Arbeitsunfähig

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Leben Sie in einer Partnerschaft?

☐ JA

☐ NEIN

Haben Sie Kinder?

☐ JA, wie viele?

☐ NEIN

Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?

☐ JA

☐ NEIN

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

☐ JA

☐ NEIN

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

☐ JA

☐ NEIN

Bei welchem Therapeuten Sind Sie derzeit in Behandlung?

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Situation?

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?

☐ Hausarzt

☐ Freunde

☐ Internet

☐ Andere:

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation? (Falls zutreffend)

☐ JA

☐ NEIN

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Datum:

Unterschrift: