

## 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:

Fachkoordinatorin Cindy Glod  
Tel. (0921) 400 – 52 72  
Fax: (0921) 400 – 88 20 30  
E-Mail: cindy.glod@klinikum-bayreuth.de

#### Terminvereinbarung zur Sprechstunde:

Tel. (0921) 400 – 52 70  
Fax: (0921) 400 – 88 37 20  
E-Mail: adipositaszentrum@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?  JA  NEIN
- |                  |             |
|------------------|-------------|
| Medikament ..... | Dosis ..... |
| Medikament ..... | Dosis ..... |
| Medikament ..... | Dosis ..... |
| Medikament ..... | Dosis ..... |

- Haben Sie eine Allergie?  JA  NEIN  Weiß ich nicht
- Wenn JA, welche? .....

- Sind Sie einmal im Bauch operiert worden?  JA  NEIN
- Blinddarm  Gallenblase  Darm
- Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht?  JA  NEIN

- Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs?  JA  NEIN  Weiß ich nicht
- Haben Sie Heißhungeranfälle?  Häufig  Selten  NEIN
- Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten?  JA  NEIN
- Stehen Sie nachts zum Essen auf?  Häufig  Selten  NEIN
- Essen Sie Fast Food?  Häufig  Selten  NEIN
- Trinken Sie Softdrinks?  Häufig  Selten  NEIN
- Essen Sie oft zwischendurch?  Häufig  Selten  NEIN
- Essen Sie Süßigkeiten  Häufig  Selten  NEIN
- Leiden Sie stark unter Hungergefühl?  Häufig  Selten  NEIN

- Rauchen Sie?  JA  NEIN
- Anzahl Zigaretten .....
- Seit wie vielen Jahren? .....
- Trinken Sie Alkohol?  JA  NEIN
- Gelegentlich  1 x Woche

- Haben Sie jemals regelmäßig Sport  JA  NEIN  
getrieben?
- Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?  JA  NEIN
- Wenn JA, was und wie viele Stunden?.....
- .....
- Wenn NEIN, aus welchen Gründen? .....
- .....

- Sind Sie derzeit berufstätig?  JA  NEIN
- Welchen Berufsabschluss haben Sie?  Keine Ausbildung
- Lehre
- Hochschulabschluss
- Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? .....
- Leben Sie in einer Partnerschaft?  JA  NEIN
- Haben Sie Kinder?  JA  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: .....

---