

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 NEIN Weiß ich nicht
(Atemaussetzer im Schlaf)
Asthma JA NEIN
Gicht JA NEIN
Harninkontinenz JA NEIN
Sodbrennen JA NEIN Weiß ich nicht
Depressionen JA NEIN

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

Haben Sie **andere** Erkrankungen JA Welche?

.....

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 **im Bauch** operiert worden? JA NEIN

- Blinddarm 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 Zigarettentäglich

Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol?

NEIN

gelegentlich

regelmäßig

Treiben Sie **derzeit** regelmäßig Sport?

JA

NEIN

Wenn JA, was und wie viele Stunden?.....

.....

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

.....

Welchen Schulabschluss haben Sie?

kein 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

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Situation?

.....

.....

.....

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?

Hausarzt

Freunde

Internet

Andere:

Datum:

Unterschrift: