

**Allgemein- und Viszeralchirurgie
Adipositaszentrum**

Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für einen adipositaschirurgischen Eingriff 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. Oliver Ponsel
Oberarzt Dr. Parvin Maharramov
Oberärztin Dr. Karin Hüttner

Patientenkoordination

Anastasia Muserowski & Cindy Glod
Tel. (0921) 400 – 52 72
E-Mail: anastasia.muserowski@klinikum-bayreuth.de

Terminvereinbarung zur Sprechstunde

Tel. (0921) 400 – 52 70
E-Mail: adipositaszentrum@klinikum-bayreuth.de

Im Vorfeld zur Sprechstunde:

Teilnahme am Patientenseminar (aktuell online)

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung im Adipositaszentrum mit:

- Den ausgefüllten Fragebogen
- Überweisung von Ihrem behandelnden Arzt

<https://klinikum-bayreuth.de/einrichtungen/zentren/adipositaszentrum/>

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

(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 **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 Zigaretten täglich
 Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol? NEIN gelegentlich selten regelmäßig

Treiben Sie **derzeit** regelmäßig JA NEIN

Sport?

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? JA NEIN
Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Datum: Unterschrift: