

## 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

---

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?      | <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: .....

---

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Adipositas-Klinik  
Klinikum Bayreuth GmbH  
Tel. 0921/400-753721  
Fax 0921/400-3729  
mvz.chirurgie@klinikum-bayreuth.de