

StuDoQ / Metabolische Erkrankungen

Erhebungsbogen für das Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in unserem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu erhalten.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Klinikum Itzehoe

Adipositaszentrum

Allgemeinchirurgische Ambulanz

Robert-Koch-Str. 2

25524 Itzehoe

Tel. 04821 772-2421

Fax. 04821 772-2409

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Fragen

Größe (in cm): _____ Aktuelles Gewicht : _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich divers

Übergewicht besteht seit Lebensjahr: _____

Was war Ihr höchstes Gewicht bisher: _____ kg In welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft: Nein Ja

Anzahl leiblicher Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch: Nein Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss	Hauptschule / Volksschule	Realschule / Mittlere Reife
Hochschulreife	Anderer	

Haben Sie eine Berufsausbildung?

keine	noch in Ausbildung	Hochschule
Lehre/Fach-/Meister-/Technikerschule		Anderer

Sind Sie derzeit erwerbstätig?	nicht erwerbstätig	Hausfrau / Hausmann
Vollzeit (> 35 h / Woche)	Teilzeit (15 – 35 h / Woche)	Teilzeit (< 15 h / Woche)
arbeitsunfähig	berentet	Anderer _____

Gibt es Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter:	Nein	Ja	Unbekannt	
Vater:	Nein	Ja	Unbekannt	
Kind(er):	Nein	Ja	Unbekannt	Keine Kinder
Geschwister:	Nein	Ja	Unbekannt	Keine Geschwister

Ihre Beweglichkeit außer Haus? frei nur mit Hilfsmittelimmobil

Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Magenkrebs? Nein Ja

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	Nein	Ja	seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	Nein	Ja	(Jahr): _____
Bluthochdruck	Nein	Ja	
Schlafapnoe	Nein	Ja	CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	Nein	Ja	
Harnsäureerhöhung Gicht	Nein	Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (Frauen)	Nein	Ja	
Gelenkerkrankungen / Schmerzen	Nein	Ja	

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen?	Nein	Ja	
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	Nein	Ja	
Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	Nein	Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)?	Nein	Ja	Seit wann? _____

Medikamente:

Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an. Da Operationen mit Schlüssel-
lochtechnik (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch offen (das heißt mit
großem Schnitt), geben Sie dies bitte an:

Gallenblasenentfernung	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
------------------------	------	---------------	------------------------------

Blinddarmentfernung	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
---------------------	------	---------------	------------------------------

Adipositas-Operationen	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
------------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen am Magen	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
----------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen am Darm	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
---------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen am Bauch	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
----------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
------------------------------	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken	Nein	Ja, offene OP	Ja, mit Schlüssellochtechnik
---	------	---------------	------------------------------

Welche: _____

Sonstige Operationen:

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich

Essen Sie täglich Süßigkeiten? Nein Ja

Essen Sie nachts? Nein Ja

Haben Sie Essanfälle? Nein Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Hauptmahlzeiten pro Tag: _____

Nebenmahlzeiten pro Tag: _____

Zuckerhaltige Getränke (Liter / Tag): _____

Bitte geben Sie die letzten drei Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

keinen

stationär / Reha

andere (mit Arzt)

Optifast

Weight Watcher

andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen

_____ kg

Abnehmversuch 2

keinen

stationär / Reha

andere (mit Arzt)

Optifast

Weight Watcher

andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen

_____ kg

Abnehmversuch 3

keinen

stationär / Reha

andere (mit Arzt)

Optifast

Weight Watcher

andere (ohne Arzt)

im Jahr: _____

Wie lange? _____

Gewichtsverlust:

keinen

_____ kg

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

Nein weniger als 1 Stunde / Woche 1 bis 2 Stunden / Woche

mehr als 2 Stunden / Woche Welche: _____

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

	Kein Problem			sehr starkes Problem		
Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme	0	1	2	3	4	5
Häufiges Räuspern	0	1	2	3	4	5
Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase	0	1	2	3	4	5
Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder	0	1	2	3	4	5
Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen	0	1	2	3	4	5
Atemprobleme oder Hüsteln	0	1	2	3	4	5
Starker, quälender Husten	0	1	2	3	4	5
Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl	0	1	2	3	4	5
Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung Oder Säurerückfluss:	0	1	2	3	4	5
Rauchen Sie?	Nein	Ja	Wie viele am Tag? _____ Seit wann? _____			

Fragebogen zur Lebensqualität

	Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden	1	2	3	4	5
Ich akzeptiere mein Gewicht					
	schlecht	weniger	teils/teils	gut	sehr gut
Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	1	2	3	4	5
	Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte/Ausflüge)	1	2	3	4	5
Ich bin sozial aktive (Freunde/Bekannte) (im Beruf, in der Familie)	1	2	3	4	5
Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	1	2	3	4	5
Ich fühle mich manchmal depressiv	1	2	3	4	5
Ich bin im Großen und Ganzen mit meinem Leben zufrieden	1	2	3	4	5
Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt	1	2	3	4	5
Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt	Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
a.) im Haushalt	1	2	3	4	5
b.) im Beruf nicht berufstätig	1	2	3	4	5
c) im Privatleben	1	2	3	4	5
Ich bin selbstsicher	1	2	3	4	5

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage).
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank! Kein

- | An wie vielen der letzten 28 Tage ... | Kein
Tag | 1-5
Tage | 6-12
Tage | 13-15
Tage | 16-22
Tage | 23-27
Tage | jeden
Tag |
|--|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 1. ... haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? | | | | | | | |
| 2. ... haben Sie versucht, die Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? | | | | | | | |
| 3. ... hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. Arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)? | | | | | | | |
| 4. ... haben Sie sich dick gefühlt? | | | | | | | |
| 5. ... hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen? | | | | | | | |

- | | niemals | in
seltenen
Fällen | in wen-
iger als
der Hälfte
der Fälle | in der
Hälfte
der Fälle | in mehr
als der
Hälfte
der Fälle | in den
meisten
Fällen | jedes
Mal |
|--|---------|--------------------------|--|-------------------------------|---|-----------------------------|--------------|
| 6. In wie vielen Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)?
(Zählen Sie Essanfälle nicht mit) | | | | | | | |

- | | überhaupt
nicht | leicht | mäßig | deutlich |
|--|--------------------|--------|-------|----------|
| 7. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht? | | | | |
| 8. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)? | | | | |