



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben unsere Sprechstunde zu besuchen, um Ihr Übergewicht behandeln zu lassen.

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und unbedingt zu ihrem ersten Termin mitzubringen. Dieser recht umfangreiche Fragebogen erleichtert unser Erstgespräch und hilft, für Sie einen individuellen Plan zur weiterführenden Diagnostik und Therapie zu erstellen.

Wir bitten Sie außerdem, alle bisherigen medizinischen Unterlagen (Arztbriefe, Kurberichte, Nachweise über durchgeführte oder laufende Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien) und aktuellen Befunde (Kardiologe, Diabetologe, Pneumologe, Endokrinologe, Orthopäde etc.) zum Erstgespräch mitzubringen.

Unser Erstgespräch dient der Einschätzung, Einleitung und Steuerung der sich anschließenden Adipositas-Therapie. Ziel ist eine individuell angepasste Diagnostik und effektiv strukturierte Behandlung der Adipositas.

Die Basistherapie der Adipositas besteht aus drei Säulen: Ernährungs-, Bewegungs- und eventuell Verhaltenstherapie. Ab einem BMI von 35 kg/m² und bestehenden Begleiterkrankungen oder einem BMI über 40 kg/m² besteht auch die Möglichkeit einer operativen Therapie. Voraussetzung für die Kostenübernahme zu einer solchen Operation durch Ihre Krankenkasse ist immer eine mindestens sechs-, eher zwölfmonatige, konservative, strukturierte Ernährungs- und Bewegungstherapie, eventuell in Kombination mit einer verhaltenstherapeutischen Maßnahme. Ausnahmen stellen Patient*innen mit einem BMI über 50 kg/m² dar, weil in der Regel bei solch einem massiven Übergewicht konservative Therapiekonzepte nicht mehr greifen können.

In unserer Adipositassprechstunde werden folgende Leistungen angeboten:

1. Ein ausführliches Anamnesegespräch,
2. Besprechung der weiterführenden Diagnostik und Therapie,
3. Einleitung einer Ernährungs- und Bewegungstherapie,
4. Vermittlung einer notwendigen psychologischen Stellungnahme,
5. Indikationsstellung und gutachterliche Stellungnahme für Patient*innen, die eine operative Adipositasbehandlung anstreben,
6. lebenslange Nachsorge nach operativer Therapie.

Wir können Sie auf dem oft schwierigen Weg der nachhaltigen Behandlung ihres extremen Übergewichtes durch unser Team professionell unterstützen. Was wir Ihnen nicht bieten können, ist eine schnelle Lösung Ihres häufig seit Jahrzehnten andauernden Leidens.

Wir freuen uns auf unser Kennenlernen im Erstgespräch. **Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren. Danke.**



Komplex 1: Angaben zur Person

Datum			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon		Handy	
E-Mail			
Körpergröße		Aktuelles Gewicht	
Krankenkasse			
Hausarzt	Name		
	Adresse		
	Telefonnummer		
Orthopäde	Name		
	Adresse		
	Telefonnummer		
Kardiologe	Name		
	Adresse		
	Telefonnummer		
Diabetologe	Name		
	Adresse		
	Telefonnummer		
Pneumologe (Lungenfacharzt)	Name		
	Adresse		
	Telefonnummer		
Andere Ärzte (mit Adresse und Telefonnummer)			



Waren Sie schon einmal in psychiatrischer/psychologischer Behandlung?

<input type="checkbox"/> Ja		
Diagnosen		
Psychologe/ Psychiater	Name	
	Adresse	
	Telefonnummer	
<input type="checkbox"/> Nein		

Wie sind Sie auf die Adipositassprechstunde aufmerksam geworden?

Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse von meinem Hausarzt oder behandelnden Fachärzten angefordert werden können. Hier erhobene Befunde und Untersuchungsergebnisse dürfen auch den mitbehandelnden Ärzten weitergeleitet werden.

Datum	
Name, Vorname, geb. am	
Unterschrift	



Komplex 2: Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Welche Erkrankungen haben Sie?

Krankheit	Ja, seit wann?	Nein	Ärztliche Bemerkungen
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Harnsäure/Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaf-Schnarch-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verengung der Halsgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verengung der Beingefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Krankheit	Ja, seit wann?	Nein	Ärztliche Bemerkungen
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallensteileiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen der Speiseröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Magens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Zwölffingerdarms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Erkrankungen			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Operation	Wann?
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	



Komplex 3: Geschlechtsspezifische Fragen

Nur für Frauen

Wann war die erste Regelblutung?	
Wann war die letzte Regelblutung?	
Wechseljahre in welchem Alter?	
Hormonersatztherapie?	
Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?	
Frühere oder aktuelle Störungen der Regelblutung?	
Geburten:	

Nur für Männer

Haben Sie Erektionsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prostatavergrößerung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Komplex 4: Welche Medikamente nehmen Sie?

Name + Stärke	Früh	Mittags	Abends	Zur Nacht



Komplex 6: Fragen zum Ernährungsverhalten

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Essen Sie nachts?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Essanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zu den täglichen Mahlzeiten

Haupt-Mahlzeiten pro Tag	
Neben-Mahlzeiten pro Tag	
Konsum zuckerhaltiger Getränke	Liter/Tag

Bitte geben Sie Ihre letzten 3 Diätversuche an.

	1. Diät	2. Diät	3. Diät
Welche?			
Stationär oder Reha? (Name der Einrichtung)			
Ärztliche Begleitung?			
Multimodale Therapiekonzepte?			
Jahr			
Dauer in Monaten			
Gewichtsverlust in kg			
Wiederzunahme in kg (Nach welchem Zeitraum?)			
Zusätzliche Angaben			



Komplex 7: Fragen zum Lebensstil und zur eigenen Entwicklung

Sport und körperliche Aktivität

Wie oft in der Woche?	
Wie viele Stunden?	
Welche Sportart?	
Wo?	
Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?	
Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer?	
Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Luftnot bei Belastung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Rauchverhalten

Raucher?	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein
	Zigaretten pro Tag:	
Ex-Raucher?	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein
	Wie viele Jahre?	
	Zigaretten pro Tag:	

Alkohol

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?	
Wie häufig trinken Sie Alkohol?	mal/Woche <input type="checkbox"/> mal/Monat <input type="checkbox"/>
Aus welchen Gründen?	<input type="checkbox"/> aus Genussgründen
	<input type="checkbox"/> aus Alltagsgewohnheit
	<input type="checkbox"/> um abzuspannen
	<input type="checkbox"/> um von Problemen abzulenken
	<input type="checkbox"/> um schlafen zu können
	<input type="checkbox"/>

