



Saarbrücker Adipositaszentrum - Anamnesebogen -

Wird von der Ärztin ausgefüllt:

OP-Methode: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Gastric Sleeve<input type="radio"/> Magenbypass<input type="radio"/> SASI<input type="radio"/> SADIS<input type="radio"/> andere OP-Methode: _____	Besonderheiten:	
MMK:	3 Monate:	6 Monate:
Bauch / Taille (cm):	Hüfte (cm):	
Größe	Gewicht	BMI (kg/m ²)

Liebe Patientin, Lieber Patient,
für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist es wichtig, dass Sie alle Fragen genau und ausführlich beantworten:

Name:	Vorname:			
Geburtsdatum:				
Geschlecht :	männlich:	weiblich:	Divers:	
Adresse:				
Telefonnummer/ Handynummer:				
E-Mail:				
Hausarzt/-ärztin:				



höchstes je erreichtes Gewicht und in welchem Alter?			
Seit circa wieviel Jahren leiden sie schon an Übergewichtig?			
Wie hat sich Ihr Übergewicht entwickelt (Kindheit, Schwangerschaft etc.)?			
Was wäre Ihr Wunschgewicht?			
Haben Sie Kinder?	ja	nein	
Wenn ja wie viele?			
Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?	ja	nein	
Leiden Sie an Allergien?	ja	nein	
Wenn ja, welche?			
Wer aus Ihrer Familie leidet noch an Übergewicht (bitte kreuzen Sie an)?			
Mutter:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
Vater:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> keine Kinder
Geschwister:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> keine Geschwister
Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:			
<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule / Volkshochschule	<input type="checkbox"/> Hochschulreife	
<input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> anderer		
Haben Sie eine Berufsausbildung?			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Ausbildung/Lehre	<input type="checkbox"/> Hochschule	
<input type="checkbox"/> Fach-/ Meister-/ Technikerschule		<input type="checkbox"/> anderer	
Sind Sie derzeit erwerbstätig?			
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Vollzeit (>35h/Woche)	
<input type="checkbox"/> Teilzeit (<15h/Woche)	<input type="checkbox"/> Teilzeit (15-35h/Woche)	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig	
<input type="checkbox"/> berentet	<input type="checkbox"/> anderer		
Welchen Beruf üben sie derzeit aus?			



Sind Sie bereits in einer Selbsthilfegruppe? Wenn ja wo?

Leben Sie zurzeit in einer Partnerschaft oder sind Sie verheiratet? Seit wann?

Benötigen Sie Hilfsmittel bei der Bewegung (z.B. Rollator, Krücken)?

Wurde bei Ihnen bereits eine **Magen- oder Darmspiegelung** durchgeführt?

Wenn ja, wann? Warum?

Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?	ja	nein
Befinden Sie sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, warum (Depression etc.)?		
Wurde bei Ihnen durch einen Arzt eine Depression festgestellt?	ja	nein
Wie heißt Ihr Psychologe?		
Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?	ja	nein
Was erwarten Sie von uns? Was denken Sie, sollte zur Gewichtsreduktion unternommen werden (z.B.: Operation)?		
Wie haben Sie von uns erfahren (z.B. Freunde, Internet, Selbsthilfegruppe)?		

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

<u>Medikament</u>	<u>morgens</u>	<u>mittags</u>	<u>abends</u>	<u>bei Bedarf</u>



Welche Operationen hatten Sie schon gehabt?

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik/ laparoskopisch** (kleinen Schnitten- minimal- invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

	Nein	offeneOP	laparoskopisch
Gallenblasenentfernung, wann?			
Blinddarmentfernung, wann?			
Adipositas-Operation in der Vorgeschichte? Wann? Welche?			
Operationen am Magen? Wann? Welche?			
Operationen am Darm? Wann? Welche?			
Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)? Wann?			
Andere Operationen am Bauch? Wann? Welche?			
Operationen an der Gebärmutter oder den Eierstöcken (bei Frauen)? Wann? Welche?			
Sonstige Operationen: Wann? Welche?			



Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

	ja	nein	weiß nicht
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfette			
Zuckerkrankheit Typ I Typ II In welchem Jahr wurde der Diabetes / die Insulinresistenz erkannt?			
Schilddrüsenerkrankung			
Herzerkrankung			
Lungenkrankheit (Asthma / COPD)			
Erhöhte Harnsäure/ Gicht			
Schmerzen im Rücken			
Schmerzen in der Hüfte			
Schmerzen in den Kniegelenken			
bei Frauen: Haben Sie Probleme mit der Periode?			
bei Frauen: Sind Sie in den Wechseljahren? Wenn ja, seit wann?			
bei Frauen: leiden Sie an einem PCO (polyzystisches Ovarsyndrom)?			
bei Männern: Haben Sie Probleme mit Impotenz/Sexualstörung?			
Schmerzen in den Knöcheln/Füßen			
Luftnot bei leichter Belastung			



	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Weis nicht</u>
Luftnot in Ruhe			
unkontrollierter Urinabgang			
Haben Sie Schlafapnoe?			
○ Wenn ja, haben Sie ein CPAP- Gerät?			
Leiden Sie an vermehrter Tagesmüdigkeit?			
Schnarchen Sie?			
Haben Sie nächtliche Atemaussetzer?			
Hatten Sie bereits eine Krebserkrankung? Wenn ja, welche?			
Haben Sie Gallensteine ? Haben Sie Gallenblasenprobleme?			
Sonstige nicht aufgeführte Vorerkrankungen:			

Bewegungsgewohnheiten:

Machen Sie Sport/ Rehasport/ Andere körperliche Aktivität? ○ Nein ○ Ja, bis zu 1 Stunde pro Woche ○ Ja, 1 – 2 Stunden pro Woche ○ Ja, mehr als 2 Stunden pro Woche
Welche Sportarten betreiben Sie?
Wenn nicht, aus welchen Gründen treiben Sie keinen Sport?



Leiden Sie an Sodbrennen? Ja: 0 Nein: 0

Wenn ja, wie häufig kommt Sodbrennen im Monat/Woche vor?

Haben Sie bereits stationäre Kuren oder Behandlungen zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

Krankenhaus/ Kurklinik	Wie lange?	Welches Jahr?	Gewichtsverlust?

Ernährungsgewohnheiten:

<u>Essen Sie täglich Süßigkeiten?</u>			
<u>Stehen Sie nachts auf um zu essen?</u>			
<u>Wie viele Hauptmahlzeiten nehmen Sie zu sich?</u>			
<u>Was bedeutet Essen für Sie?</u> • Frust, • Stress, • Genuss, • Hunger, • Langeweile • Gewohnheit			
Haben Sie Heißhungeranfälle?	ja	nein	gelegentlich
Kochen Sie zu Hause regelmäßig?	ja	nein	gelegentlich
Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein?	ja	nein	gelegentlich
Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?	ja	nein	gelegentlich
Essen Sie Fast Food?	ja	nein	gelegentlich



Bitte Kreuzen sie an:

große Portionen (2-3 Teller), **ODER** viele kleine Portionen über den Tag

Was essen Sie überwiegend? mehr herzhaft mehr süß

Haben Sie Unverträglichkeiten von bestimmten Lebensmitteln?

Bitte kreuzen Sie an was Sie gerne essen und streichen Sie durch was Sie nicht essen:

Rindfleisch Lamm Schwein Pute Hähnchen Wurst Fisch

Milch Joghurt Quark Skyr Käse Ayran Buttermilch Eiweiß-Shake

Brot Brötchen Toast Knäckebrot Reis Nudeln Kartoffeln

Karotten Gurke Zucchini Paprika Blumenkohl Broccoli Grünkohl Rotkraut Sauerkraut

Bananen Äpfel Birnen Melone Erdbeeren Himbeeren Orangen Mandarinen Trauben
Kirschen Nektarinen Pfirsiche Kiwi Ananas Mango

Salat

Eier

Grüne Bohnen Erbsen Kichererbsen Kidneybohnen Linsen

Salzstangen Chips Nüsse

Eis Gummibärchen Schokolade Kuchen Kaffeestückchen Pudding Honig Marmelade
Nutella Pralinen Riegel

Trinken Sie Cola, Limo, Energy Drinks, Eistee
(auch Light/Zero Produkte zählen)?

ja

nein

gelegentlich

Wenn ja, wie viele Liter?

Wie viele Liter trinken Sie insgesamt am Tag? Liter

Kaffee, schwarz, Milch, Zucker, Süßstoff, Kaffee Latte, Cappuccino Wieviel Tassen?

stilles Wasser Tee, Säfte, Sprudel



Rauchen Sie (auch E-Zigarette, Shisha)?	ja	nein	wieviel?	seit wann?
Rauchen erhöht das Risiko für Komplikationen nach einer bariatrischen Operation. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme			<u>Zur Kenntnis genommen</u> <u>Bitte unterschreiben:</u>	
Trinken Sie Alkohol?	ja	nein	gelegentlich	
nach einer bariatrischen Operation sollten Sie komplett auf Alkohol verzichten	<u>Zur Kenntnis genommen bitte unterschreiben:</u>			
Nehmen Sie regelmäßig Drogen / andere Betäubungsmittel?	ja	nein	welche?	

Welche Diäten haben Sie bereits ausprobiert?

- Optifast
- Weight Watchers
- Low Carb
- Intervallfasten 16 / 8
- Bodymed
- Easylife
- Trennkost
- Eiweiß-Shakes
- Almased
- Sonstige Diäten :



Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an:

<u>Abnehmversuch 1</u>	<u>Abnehmversuch 2</u>	<u>Abnehmversuch 3</u>
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> keine
<input type="radio"/> stationäre / Reha	<input type="radio"/> stationäre / Reha	<input type="radio"/> stationäre / Reha
<input type="radio"/> andere / ärztlich begleitet	<input type="radio"/> andere / ärztlich begleitet	<input type="radio"/> andere / ärztlich begleitet
<input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept (MMK)	<input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept (MMK)	<input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept (MMK)
<input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
Wann?	Wann?	Wann?
Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:
Gewichtsverlust in Kilogramm:	Gewichtsverlust in Kilogramm:	Gewichtsverlust in Kilogramm:
<input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10 kg <input type="radio"/> 11-20 kg <input type="radio"/> 21-30 kg <input type="radio"/> Mehr als 30 kg <input type="radio"/> Unbekannt	<input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10 kg <input type="radio"/> 11-20 kg <input type="radio"/> 21-30 kg <input type="radio"/> Mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10 kg <input type="radio"/> 11-20 kg <input type="radio"/> 21-30 kg <input type="radio"/> Mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt

<p><u>Datum:</u></p> <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p><u>Unterschrift Patient/-in:</u></p> <div style="background-color: yellow; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	--



Gesprächsnotiz:

Familienplanung/Kontrazeption besprochen

Datum:

**Unterschrift Arzt/Ärztin (Dokumentation
in rot):**