



Saarbrücker Adipositaszentrum - Anamnesebogen -

Wird vom Arzt ausgefüllt:

OP-Methode: <input type="radio"/> Gastric Sleeve <input type="radio"/> Magenbypass <input type="radio"/> Magenballon <input type="radio"/> andere OP-Methode: _____	Besonderheiten (z.B. Zeuge Jehovas etc.):	
Gutachten vorbereitet:	Datum:	Handzeichen Arzt / MFA:
MMK	3 Monate:	6 Monate:
sympt. Cholezystolithiasis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Z. n. CHE
BMI (kg/m ²):	StudoQ –EWE:	StudoQ- Datenerfassung:
Teilnahme an der Studie:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift Arzt:	Unterschrift Fachkoordinatorin für Adipositas:

**Liebe Patientin, Lieber Patient,
für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist es wichtig, dass Sie alle Fragen genau und ausführliche beantworten.**

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Geschlecht :	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>
Adresse:		
Telefonnummer/ Handynummer:		
E-Mail:		
Hausarzt:		



Allgemeine Fragen:

Körpergröße in cm:	BMI (kg/m²):			
jetziges Körpergewicht in kg:				
höchstes je erreichtes Gewicht und in welchem Alter?				
Seit welchem Jahr sind Sie schon Übergewichtig?				
Wie hat sich Ihr Übergewicht entwickelt?				
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:	0 Nein	0 Ja	0 unbekannt	
Vater:	0 Nein	0 Ja	0 unbekannt	
Geschwister:	0 Nein	0 Ja	0 unbekannt	0 keine Geschwister
Kind(er):	0 Nein	0 Ja	0 unbekannt	0 keine Kinder
Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:				
0 ohne Abschluss	0 Hauptschule/ Volkshochschule	0 Hochschulreife		
0 Realschule/Mittlere Reife	0 anderer			
Haben Sie eine Berufsausbildung/ Welche?				
0 keine	0 noch in Ausbildung	0 Hochschule		
0 Fach-/Meister-/Technikerschule-/Lehre	0 anderer			
Sind sie derzeit erwerbstätig?				
0 nicht erwerbstätig	0 Hausfrau/Hausmann	0 Vollzeit (>35h/Woche)		
0 Teilzeit (<15h/Woche)	0 Teilzeit (15-35h/Woche)	0 arbeitsunfähig		
0 berentet	0 anderer			



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?

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)?



Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

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	Ja, offene OP	Ja, 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? Welche?			
Andere Operationen am Bauch? Wann? Welche?			
Operationen an der Gebärmutter oder 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 / 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 der Menopause? 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			
Luftnot in Ruhe			



	ja	nein	Weiß nicht
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:			

Leiden Sie an Sodbrennen? Ja: 0 Nein: 0

Wenn „ja“, bitte markieren Sie: (0=keine Probleme 5=sehr starke Probleme):

Heiserkeit oder andere Probleme mit der Stimme?	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Häufiges Räuspern?	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der/des Nase/Rachen?	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Schluckprobleme bei festen oder flüssigen Essbestandteilen?	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 in der Herzgegend, Brustschmerzen, Magenverstimmung oder Säurerückfluss?	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Können sie im Bett flach Schlafen?	Ja: 0 Nein: 0

Bewegungsgewohnheiten:

Machen Sie Sport/ Rehasport/ Andere körperliche Aktivität? <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nein<input type="radio"/> Ja, bis zu 1 Stunde pro Woche<input type="radio"/> Ja, 1 – 2 Stunden pro Woche<input type="radio"/> Ja, mehr als 2 Stunden pro Woche
Welche Sportarten betreiben Sie?
Wenn nicht, auf welchen Gründen treiben Sie keinen Sport?

Ernährungsgewohnheiten:

Was essen Sie besonders gern (süß, herzhaft, vegetarisch, vegan) ?			
Essen Sie täglich Süßigkeiten, wenn ja welche?			
Essen Sie nachts?			
Wieviel Hauptmahlzeiten nehmen Sie zu sich?			
Wieviel Nebenmahlzeiten nehmen Sie zu sich?			
Was bedeutet essen für Sie (z.B. Frust/ Stress)?			
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	
Trinken Sie Softdrinks? Wenn ja wieviel Liter?	ja	nein	gelegentlich	
Wieviel Liter trinken Sie am Tag? Was trinken Sie?				
Rauchen Sie?	ja	nein	wieviel?	seit wann?
Trinken Sie Alkohol?	ja	nein	gelegentlich	
Nehmen Sie regelmäßig Drogen/ andere Betäubungsmittel?	ja	nein	welche?	

Haben Sie bereits stationäre Kuren oder Behandlungen zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

Krankenhaus/ Kurklinik	Wie lange?	Welches Jahr?	Gewichtsverlust?



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"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers	<input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers	<input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers
<input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept	<input type="radio"/> Multimodales Therapiekonzept
<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 <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10kg <input type="radio"/> 11-20kg <input type="radio"/> 21-30kg <input type="radio"/> Mehr als 30kg <input type="radio"/> Unbekannt	Gewichtsverlust in Kilogramm <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10kg <input type="radio"/> 11-20kg <input type="radio"/> 21-30kg <input type="radio"/> Mehr als 30kg <input type="radio"/> unbekannt	Gewichtsverlust in Kilogramm <input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bis 10kg <input type="radio"/> 11-20kg <input type="radio"/> 21-30kg <input type="radio"/> Mehr als 30kg <input type="radio"/> unbekannt



<u>Datum:</u>	<u>Unterschrift Patient:</u>
<u>Bauch/Taille cm:</u>	<u>Hüfte cm:</u>
<u>Orbitale Körpertemperatur °C:</u>	
<u>Endokrinologe:</u>	
<u>Sport:</u>	
<u>Magenspiegelung:</u>	
<u>Psychologe:</u>	
<u>Ernährungsberatung:</u>	
<u>Selbsthilfegruppe:</u>	
<u>Gesprächsnotiz:</u>	
<u>Datum</u>	<u>Unterschrift Fachkoordinatorin für Adipositas (Dokumentation in rot):</u>
<u>Datum:</u>	<u>Unterschrift Arzt (Dokumentation in rot):</u>