



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:
Magenspiegelung erforderlich :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Eilantrag
6 Monate MMK:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Konservative Behandlung
sympt. Cholezystolithiasis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Z. n. CHE
BMI (kg/m ²) :	StudoQ –EWE:		StudoQ- Datenerfassung:
Datum:	Unterschrift Arzt		Unterschrift MFA

Liebe Patientin, Lieber Patient,

für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist es wichtig, dass Sie alle Fragen genau und ausführliche beantworten.

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Geschlecht :	männlich:	weiblich:
Adresse:		
Telefonnummer/ Handynummer:		
e-mail:		
Hausarzt:		



Allgemeine Fragen:

Körpergröße in cm:	BMI (kg/m²):		
jetziges Körpergewicht:			
höchstes je erreichtes Gewicht und in welchem Jahr?:			
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)?			
Vater : 0	Mutter : 0	Geschwister : 0	Kinder: 0
Welchen Berufsabschluss haben Sie (Haupt-, Realschule, Abitur)?			
Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus?			
Sind Sie bereits in einer Selbsthilfegruppe? Wenn ja wo?			
Leben Sie zurzeit in einer Partnerschaft oder sind Sie verheiratet?			
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 schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?	ja	nein
Befinden Sie sich derzeit 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)?		

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche?



Wurde bei Ihnen schon ein bariatrischer Eingriff durchgeführt (Magenband, Sleeve, Bypass usw.)?

Op-Methode:	Wann?	Ausgangs/-und Endgewicht	Wo?
Magenband			
Bypass			
Sleeve			
Andere:			

**Sind Sie schon einmal operiert worden (Blinddarm, Gallenblase, Magen-Darm)?
Wenn ja welche Operation?**

Blinddarmoperation?	ja	nein
Gallenblasenoperation?	ja	nein
Magenoperation?	ja	nein
Darmoperation?	ja	nein
Bauchwandoperation/Plastische Operation?	ja	nein
bei Frauen : Eierstöcke/Gebärmutter-Operation?	ja	nein
Sonstige Operation:		



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?			
Herzerkrankung			
Lungenkrankheit (Asthma / COPD)			
erhöhte Harnsäure/Gicht			
Schmerzen im Rücken			
Schmerzen in der Hüfte			
Schmerzen in den Kniegelenken			
<u>bei Frauen</u> : Haben Sie Probleme mit der Periode?			
<u>bei Frauen</u> : Sind Sie in der Menopause? Wenn ja, seit wann?			
<u>bei Frauen</u> : leiden Sie an einem PCO (polyzystisches Ovarsyndrom)?			
<u>bei Männern</u> : 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?			
<input type="radio"/> 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:

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport / Rehasport?
Welche Sportarten betreiben Sie?
Wenn nicht, auf welchen Gründen treiben Sie keinen Sport?

Ernährungsgewohnheiten:

Was essen Sie besonders gern (süß, herzhaft)?			
Essen Sie täglich Süßigkeiten?			
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?	ja	nein	gelegentlich
Wenn ja wieviel Liter?			



Wieviel Liter trinken Sie am Tag? Was trinken Sie?

Rauchen Sie?	ja	nein	wieviel?
Trinken Sie Alkohol?	ja	nein	gelegentlich

Haben Sie bereits stationäre Kuren oder Behandlungen zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

Krankenhaus/ Kurklinik	Wie lange?	Welches Jahr?	Gewichtsverlust?

Bitten nennen Sie alle Diäten, die Sie bisher über mehrere Wochen durchgeführt haben:

Art der Diät:	Wie lange?	Welches Jahr?	Gewichtsverlust?	Ärztliche Begleitung?
Ernährungsberatung				
Weight Watcher				
Almased				
Brigitte Diät				
Eiweiß Diät				
Mobi Dick				
Optifast 50				
FDH				
Low carb				



<u>Datum:</u>	<u>Unterschrift Patient:</u>
<u>Gesprächsnotiz:</u>	
<u>Endokrinologe:</u>	
<u>Sport:</u>	
<u>Magenspiegelung:</u>	
<u>Psychologe:</u>	
<u>Ernährungsberatung:</u>	
<u>Selbsthilfegruppe:</u>	
<u>Sonstiges:</u>	
<u>Datum:</u>	<u>Unterschrift MFA (Dokumentation in rot):</u>
<u>Datum:</u>	<u>Unterschrift Arzt (Dokumentation in rot):</u>