

**Klinikum Chemnitz  
Adipositaszentrum**

*Koordination  
Anne-Kathrin Scharf  
Tel.: 0172 8736502*

**Fragebogen vor Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde**

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vor Ihrem ersten Termin in unserer Adipositas-Sprechstunde.

<i>Name</i>	<i>Vorname</i>
<i>Geburtsdatum</i>	

**Ihre Kontaktdaten**

<i>Adresse</i>
<i>Telefon</i>
<i>E-Mail</i>

**Persönliche Daten**

<i>Geschlecht</i>	<input type="checkbox"/> <i>männlich</i>	<input type="checkbox"/> <i>weiblich</i>
<i>Familienstand/ Kinder</i>		
<i>Beruf (gelernter und derzeit ausgeübter Beruf)</i>		

**Gewichtsentwicklung**

<i>aktuelles Gewicht (kg)</i>	<i>Körpergröße (m)</i>
<i>bisher höchstes Gewicht (kg)</i>	
<i>Wunschgewicht (kg)</i>	

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Gewichtsentwicklung. Berücksichtigen Sie dabei folgende Fragen:

<i>Seit wann sind Sie übergewichtig?</i>	
<i>Waren Sie schon im Kindes- und Jugendalter übergewichtig?</i>	

<p><i>In welchem Alter wogen Sie am meisten?</i></p> <p><i>Gab es Ereignisse, die zu einer schnellen Gewichtszunahme führten (Schwangerschaft, private oder berufliche Ereignisse, Unfälle, ...) oder nahmen Sie allmählich zu?</i></p> <p><i>Haben Sie Familienangehörige mit deutlichem Übergewicht?</i></p>	
--	--

### **Versuche der Gewichtsabnahme**

Haben Sie zuvor eine Ernährungsumstellung, begleitet durch Hausarzt, Ernährungsberatung oder Vermittlung über Krankenkasse durchgeführt?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – nähere Angaben in Tabelle unten</i>
--------------------------------------	--

Waren Sie wegen Ihres Übergewichtes oder damit verbundener Erkrankungen in stationärer Behandlung, d.h. im Krankenhaus oder zu einer Reha/ Kur?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – nähere Angaben in Tabelle unten</i>
--------------------------------------	--

<i>Zeitraum (Monat/ Jahr)</i>	<i>Wie versuchten Sie abzunehmen? (z.B. eigene Diät, Weight Watchers, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Krankenhausaufenthalt, Kur/ Reha)</i>	<i>Wieviel kg Gewichtsverlust erreichten Sie?</i>

### **Essverhalten**

<i>Essen Sie zu regelmäßigen Mahlzeiten?</i>	
<i>Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag ein?</i>	
<i>Was essen Sie zwischen den Mahlzeiten?</i>	
<i>Stehen Sie nachts zum Essen auf?</i>	

<i>Unterscheidet sich Ihr Essverhalten zwischen den Wochentagen und Wochenenden? Wenn ja, wie?</i>	
<i>Werden Sie durch eine Mahlzeit satt?</i>	
<i>Wie häufig treten Heißhungeranfälle auf?</i>	
<i>Wie häufig essen Sie „Fast Food“ oder Fertiggerichte?</i>	
<i>Wie hoch ist Ihre tägliche Trinkmenge, wieviel davon sind „Softdrinks“?</i>	

## **Sport**

Haben Sie zuvor regelmäßig Sport getrieben?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – Welche Art Sport, wie oft und wie lange?</i>

Treiben Sie aktuell regelmäßig Sport?

<input type="checkbox"/> <i>Nein – Warum nicht?</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – Welche Art Sport, wie oft und wie lange?</i>

## **Rauchen Sie?**

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – Seit wie vielen Jahren? Was und wie viel?</i>

Trinken Sie **Alkohol**?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – Wie häufig (gelegentlich/ wöchentlich/ täglich) und ca. wie viel?</i>

Haben Sie eine **Allergie**?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – gegen (bitte insbesondere auch Medikamentenallergien nennen):</i>

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – nähere Angaben in Tabelle unten</i>
--------------------------------------	--

<i>Regelmäßige Einnahme</i>		
<i>Medikament</i>	<i>Dosis</i>	<i>Einnahmezeit (früh/mittag/abends/spät)</i>
<i>Einnahme bei Bedarf</i>		

Sind Sie bisher am **Bauch** operiert worden?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ja – Was wurde operiert (z. B. Magen/ Gallenblase/ Blinddarm/ Darm/ Gebärmutter)?</i>

Ist in Ihrer Familie **Magenkrebs** aufgetreten?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
--------------------------------------	------------------------------------

Welche der folgenden **Krankheiten** oder **Beschwerden** sind bei Ihnen aufgetreten?

<i>Bluthochdruck</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Seit wie vielen Jahren?</i>
<i>Herzerkrankung/ Herzinfarkt</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Wann?</i>
<i>Luftnot bei leichter Belastung</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Luftnot in Ruhe</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>

<i>Schlaganfall</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Wann?</i>
<i>Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Seit wie vielen Jahren?</i>
<i>Erhöhte Blutfette</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Schlafapnoe-Syndrom (Atemaussetzer im Schlaf)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Besteht eine Maskentherapie?</i>
<i>COPD/ Asthma bronchiale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Schilddrüsenerkrankung</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Sodbrennen</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Beschwerden der Hüftgelenke, künstliches Hüftgelenk?</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Beschwerden der Kniegelenke, künstliches Kniegelenk?</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Beschwerden der Fußgelenke</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Rückenbeschwerden, Rückenoperation?</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Hormonstörungen/ Unfruchtbarkeit</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Depressionen</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
<i>Weitere Erkrankungen oder Operationen?</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja – Welche?</i>

Befanden Sie sich zuvor in psychotherapeutischer Behandlung?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
--------------------------------------	------------------------------------

Dauert die Behandlung derzeit noch an?

<input type="checkbox"/> <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
--------------------------------------	------------------------------------

<i>Datum</i>	
<i>Unterschrift</i>	