

Angaben zur Person

Datum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Handy _____

Email-Adresse _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Hausarzt (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Diabetologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Psychologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Kardiologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Pulmologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Orthopäde (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Wie sind Sie auf unsere Sprechstunde aufmerksam geworden?

☐ Hausarzt ☐ Orthopäde ☐ Internet ☐ Verwandte/Bekannte ☐ Sonstige

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

☐ Ja ☐ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme.
Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: _____

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? _____ kg in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch ☐ Nein ☐ Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

☐ ohne Abschluss ☐ Hochschulreife

☐ Hauptschule / Volksschule ☐ anderer

☐ Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?

☐ keine ☐ Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

☐ noch in Ausbildung ☐ anderer

☐ Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?

☐ nicht erwerbstätig ☐ Hausfrau/Hausmann

☐ Vollzeit (> 35 h/Woche) ☐ arbeitsunfähig

☐ Teilzeit (15 - 35 h/Woche) ☐ berentet

☐ Teilzeit (< 15 h/Woche) ☐ anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

Vater: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt

Kind(er): ☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Kinder ☐ Unbekannt

Geschwister: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Geschwister ☐ Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) ☐ frei ☐ nur mit Hilfsmitteln ☐ sehr eingeschränkt (immobil)

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	☐ Nein ☐ Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	☐ Nein ☐ Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	☐ Nein ☐ Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	☐ Nein ☐ Ja	☐ CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	☐ Nein ☐ Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	☐ Nein ☐ Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	☐ Nein ☐ Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	☐ Nein ☐ Ja	
Welche:		
Leiden Sie unter Depressionen?	☐ Nein ☐ Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	☐ Nein ☐ Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	☐ Nein ☐ Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	☐ Nein ☐ Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	☐ Nein ☐ Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	☐ Nein ☐ Ja	Seit wann: _____

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Operationen

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

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

Gallenblasenentfernung ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____ im Jahr: _____

Operationen am Magen ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen am Darm ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand
(Brüche, plastische Operationen) ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

andere Operationen am Bauch ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken
(bei Frauen) ☐ Nein ☐ Ja, offene OP oder ☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Sonstige Operationen:

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ☐ Nein ☐ Ja

Essen Sie nachts? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Essanfälle? ☐ Nein ☐ Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag _____

Neben-Mahlzeiten pro Tag _____

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) _____

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

- ☐ Keine
- ☐ Stationäre/Reha
- ☐ andere (ärztlich begleitet)
- ☐ Optifast
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Multimodales Therapiekonzept
- ☐ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- ☐ Keinen
- ☐ bis 10 kg
- ☐ 11 - 20 kg
- ☐ 21 - 30 kg
- ☐ mehr als 30 kg
- ☐ unbekannt

Abnehmversuch 2

- ☐ Keine
- ☐ Stationäre/Reha
- ☐ andere (ärztlich begleitet)
- ☐ Optifast
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Multimodales Therapiekonzept
- ☐ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- ☐ Keinen
- ☐ bis 10 kg
- ☐ 11 - 20 kg
- ☐ 21 - 30 kg
- ☐ mehr als 30 kg
- ☐ unbekannt

Abnehmversuch 3

- ☐ Keine
- ☐ Stationäre/Reha
- ☐ andere (ärztlich begleitet)
- ☐ Optifast
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Multimodales Therapiekonzept
- ☐ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:

- ☐ Keinen
- ☐ bis 10 kg
- ☐ 11 - 20 kg
- ☐ 21 - 30 kg
- ☐ mehr als 30 kg
- ☐ unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach? ☐ Nein

- ☐ weniger als 1 Stunde pro Woche
- ☐ 1 bis 2 Stunde pro Woche
- ☐ mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche _____

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	☐	☐	☐	☐
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	☐	☐	☐	☐

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Häufiges Räuspern:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Atemprobleme oder Husteln:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Starker quälender Husten:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

RSI - Wert (Total) 0

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) im Beruf ☐ nicht berufstätig	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) im Privatleben	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Ich bin selbstsicher	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Ernährungsprotokoll (über 7 Tage)

Größe (cm):	
Gewicht zu Beginn (kg):	
Gewicht am Ende (kg):	
Protokolltage (Datum von/ bis):	

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen!

Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen. Versuchen Sie während dieser Woche weder ab- noch zuzunehmen.

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____

(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____

(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____

(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag:
(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: ☐ Ja (welche Sportart und wie lange): _____

☐ Nein

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____

Bewegungstagebuch

Name, Vorname:			
Geb.-Datum:		Monat: _____ Jahr: _____	
TAG	AKTIVITÄT (außerhalb des Alltags) Art der Bewegung (Hockergymnastik, Theraband-Übungen, Spazierengehen, Schwimmen, (Wasser-) Gymnastik, Radfahren, Walking, Fitnessstudio, Krafttraining, leichtes Joggen, Yoga, Pilates, Kurse über Krankenkasse oder andere Einrichtungen, etc.)	DAUER (in Minuten)	SCHRITTE (z.B. App, Uhr, Armband)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Bewegungstagebuch

Name, Vorname: _____			
Geb.-Datum: _____		Monat: _____ Jahr: _____	
TAG	AKTIVITÄT (außerhalb des Alltags) Art der Bewegung (Hockergymnastik, Theraband-Übungen, Spazierengehen, Schwimmen, (Wasser-) Gymnastik, Radfahren, Walking, Fitnessstudio, Krafttraining, leichtes Joggen, Yoga, Pilates, Kurse über Krankenkasse oder andere Einrichtungen, etc.)	DAUER (in Minuten)	SCHRITTE (z.B. App, Uhr, Armband)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Bewegungstagebuch

Name, Vorname: _____			
Geb.-Datum: _____		Monat: _____ Jahr: _____	
TAG	AKTIVITÄT (außerhalb des Alltags) Art der Bewegung (Hockergymnastik, Theraband-Übungen, Spaziergehen, Schwimmen, (Wasser-) Gymnastik, Radfahren, Walking, Fitnessstudio, Krafttraining, leichtes Joggen, Yoga, Pilates, Kurse über Krankenkasse oder andere Einrichtungen, etc.)	DAUER (in Minuten)	SCHRITTE (z.B. App, Uhr, Armband)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			