

Ihre Termine

Wir freuen uns, Sie in unserem multimodalen Adipositaszentrum begrüßen zu können.

Zur Terminvereinbarung für den 1. Arzttermin werden wir Sie nach Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens kontaktieren.

Arzttermin am: _____ **um** _____

Zum Termin melden Sie sich bitte im Adipositaszentrum 1. Etage.

Unsere Adispositassprechstunden sind grundsätzlich nur nach Terminvereinbarung.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir mindestens 48 Stunden vorher um Mitteilung per E-Mail oder telefonisch.

Bringen Sie zu dem Termin die angekreuzten Unterlagen mit:

- ☒ Versicherungskarte Ihrer Krankenkasse
- ☒ Überweisung
- ☒ Befunde: Psychotherapie (falls vorhanden)
(Kopien, keine Originale) bzgl. Nebenerkrankungen
bzgl. Voroperationen
- ☒ Laborwerte: **kleines Blutbild, CRP, Cholesterin, Triglyceride**
(Kopien, keine Originale) **HDL, LDL, GPT, GGT, Glucose, Harnsäure, HbA1c,**
Kreatinin, Natrium, TSH und Cortisol
Diese Werte sind unbedingt zum ersten Arzttermin mitzubringen, da sonst eine Beratung sehr schwierig ist.
- ☒ 1 Woche Ernährungstagebuch (Bitte schreiben Sie für 1 Woche auf, was Sie Essen oder Trinken, hierzu ist ein Musterblatt beigelegt).
- ☒ Ihre aktuelle Medikamentenliste
- ☐ Sonstiges: _____

Kontaktdaten Adipositaszentrum:

Tel. 02236-77-325

Email: adipositaszentrum@krankenhaus-wesseling.de

Fragebogen Erstvorstellung Adipositassprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit die Beratung in unserer Sprechstunde möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen. Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen in Ruhe zu bearbeiten und so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt oder Fachärzten (z.B. Echokardiographie, Endoskopie o.ä.) mitbringen.

Selbstverständlich unterliegen diese freiwilligen Angaben der Schweigepflicht, d.h., der Zugriff auf diese Daten erfolgt nur durch die im Adipositaszentrum tätigen Partner der einzelnen Module. Eine Liste der verschiedenen kooperierenden Teams wurde ausgehändigt.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

Motivation Ihres Kommens:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ eigene Initiative | ☐ Hausarzt | ☐ Krankenkasse |
| ☐ von Freunden empfohlen | ☐ Selbsthilfegruppe | ☐ Straßenbahnwerbung |
| ☐ Sonstiges: _____ | | |

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
Sind Sie privat zusatzversichert? ☐ Nein ☐ Ja: _____
Rentenversicherung: _____
Rentenversicherungs-Nr.: _____
Seit wann zahlen Sie dort Beiträge? _____
Hausarzt: _____

Sind Sie darüber hinaus in fachärztlicher Behandlung (z.B. Orthopäde, Neurologe, Lungenfacharzt, Diabetologe, Psychologe)?

Name des Arztes	Fachrichtung	Ort

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja: Name, Telefonnummer: _____

Allgemeine Fragen:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Seit wann besteht das Übergewicht? _____

Was war Ihr höchstes Gewicht bisher? _____ In welchem Jahr? _____

Wie lautet Ihr Wunschgewicht? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch? ☐ Nein ☐ Ja

Bitte geben Sie Ihren Schulabschluss an:

☐ kein Abschluss ☐ Hauptschule/Volksschule ☐ Realschule/Mittlere Reife

☐ Hochschulreife ☐ sonstiger

Haben Sie eine Berufsausbildung?

☐ Keine ☐ In Ausbildung ☐ Lehre ☐ Fach-/Meister-/Technikerschule

☐ Studienabschluss ☐ sonstiges

Erlerner Beruf: _____

Sind sie derzeit erwerbstätig?

☐ Nicht erwerbstätig ☐ Vollzeit (> 35 h/Woche) ☐ Teilzeit (15 - 35 h/Woche)

☐ Teilzeit (< 15 h/Woche) ☐ Schichtdienst ☐ Hausfrau/Hausmann

☐ berentet ☐ arbeitsunfähig/krankgeschrieben ☐ sonstiges

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt
Vater: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unbekannt
Kinder: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Kinder ☐ Unbekannt
Geschwister: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Geschwister ☐ Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität):

☐ frei ☐ nur mit Hilfsmitteln ☐ sehr eingeschränkt (immobil)

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ Nein ☐ Ja _____ %GdB

Unverträglichkeit von Lebensmitteln oder Allergien?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

☐ Nie ☐ Nein, aufgehört seit _____ Jahren
☐ Ja _____ Stück/Tag seit _____ Jahren

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?

☐ Nein ☐ Ja, täglich: _____ ☐ Ja, gelegentlich: _____

Nehmen Sie Drogen?

☐ Nein ☐ Ja, was und wie häufig? _____

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Haben Sie folgende Erkrankungen?

Diabetes Typ I: ☐ Nein ☐ Ja, seit (Jahr) _____

Diabetes Typ II: ☐ Nein ☐ Ja, seit (Jahr) _____

Insulinpflichtig? ☐ Nein ☐ Ja, seit (Jahr) _____

Letzte Diabetesschulung: _____

Gibt es Komplikationen? ☐ Retinopathie ☐ Nephropathie
☐ Polyneuropathie ☐ Diabetisches Fußsyndrom

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

➔ Wenn ja, beantworten Sie bitte folgenden Fragen:

	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 qualender 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
						Summe RSI-Wert Total: ____

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 _____
 Für Männer: Leiden Sie unter „Potenz“problemen? ☐ Nein ☐ Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung ☐ Nein ☐ Ja
- Schwindelattacken ☐ Nein ☐ Ja
- Entzündung der Speiseröhre ☐ Nein ☐ Ja
- Entzündung des Magens ☐ Nein ☐ Ja
- Entzündung des Dünndarmes ☐ Nein ☐ Ja
- Entzündung des Dickdarmes ☐ Nein ☐ Ja
- Erkrankung der Gallenblase (z.B. Steine) ☐ Nein ☐ Ja
- Luftnot ☐ Nein ☐ Ja, in Ruhe
☐ Ja, bei Belastung
- Gefäßerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? Bitte unterstreichen!

Cerebrovaskuläre (Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Halsgefäße)

KHK (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Stent, Bypassoperation)

Periphere Gefäßerkrankungen (pAVK)

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ Nein ☐ Ja, wann? _____
Hatten Sie schon einmal eine Magenspiegelung? ☐ Nein ☐ Ja, wann? _____

Andere Nebendiagnosen (z.B. Asthma/COPD, Epilepsie, Rheuma oder eine körperliche Behinderung, Lähmungen, Gelenkersatz,...):

Medikamente (inkl. Vitamin- oder Mineralstofftabletten)

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

(Fügen Sie ggf. einen Medikamentenplan hinzu oder nutzen Sie die Rückseite)

Operationen:

Bitte geben Sie bereits erfolgte Operationen an und unterscheiden Sie zwischen Operationsverfahren mit Schlüssellochtechnik (kleine Schnitte, minimal-invasiv) oder offen (mit großem Schnitt).

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: _____			Im Jahr _____
Operationen am Darm	☐ Nein	☐ Ja, offene OP	oder	☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik
	Welche: _____			Im Jahr _____
Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)	☐ Nein	☐ Ja, offene OP	oder	☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik
	Welche: _____			Im Jahr _____
andere Operationen am Bauch	☐ Nein	☐ Ja, offene OP	oder	☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik
	Welche: _____			Im Jahr _____
Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)	☐ Nein	☐ Ja, offene OP	oder	☐ Ja, mit Schlüssellochtechnik
	Welche: _____			Im Jahr _____

Sonstige Operationen:

Kam es dabei zu Komplikationen? ☐ Nein ☐ Ja

Erkrankungen in der Familie:

Leidet ein Verwandter 1. Grades (Vater, Mutter, Bruder, Schwester) an Diabetes?

☐ Nein ☐ Ja

Hat ein Verwandter 1. Grades vor dem 60. Lebensjahr einen Herzinfarkt und/oder einen Schlaganfall erlitten? ☐ Nein ☐ Ja

Leidet ein Verwandter 1. Grades an einer Krebserkrankung?

☐ Nein ☐ Ja, wer? _____ woran? _____

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/Heißhungerattacken? | ☐ Nein | ☐ Ja | |
| Haben Sie regelmäßige Essenzeiten? | ☐ Nein | ☐ Ja | |
| Erbrechen Sie sich? | ☐ Nein | ☐ Ja, wie oft? | _____ |
| Kochen Sie zu Hause regelmäßig? | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Gelegentlich |
| Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Gelegentlich |
| Was essen Sie besonders gern? | _____ | | |
| Wie viele Portionen Obst/Gemüse essen Sie am Tag? | _____ | | |
| Wie oft essen Sie Fleisch pro Woche? | _____ | | |
| Wie oft essen Sie Fisch pro Woche? | _____ | | |
| Essen Sie Fast Food? | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Gelegentlich |

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

- | | |
|---|-------|
| Hauptmahlzeiten pro Tag: | _____ |
| Zwischenmahlzeiten pro Tag: | _____ |
| Getränke – inkl. Kaffee (Liter/Tag): | _____ |
| Davon zuckerhaltige Getränke (Liter/Tag): | _____ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen!

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
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie sich dick gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie einen starken Wunsch, abzunehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

In den letzten 28 Tagen:	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
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
Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an!

Abnehmversuch 1	Abnehmversuch 2	Abnehmversuch 3
☐ Keine	☐ Keine	☐ Keine
☐ Stationäre/Reha	☐ Stationäre/Reha	☐ Stationäre/Reha
☐ Optifast	☐ Optifast	☐ Optifast
☐ Weight Watchers	☐ Weight Watchers	☐ Weight Watchers
☐ Multimodales Therapiekonzept	☐ Multimodales Therapiekonzept	☐ Multimodales Therapiekonzept
☐ andere (nicht ärztlich begleitet)	☐ andere (nicht ärztlich begleitet)	☐ andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr:	Jahr:	Jahr:
Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:
Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:
☐ Keinen	☐ Keinen	☐ Keinen
☐ bis 10kg	☐ bis 10kg	☐ bis 10kg
☐ 11-20kg	☐ 11-20kg	☐ 11-20kg
☐ 21-30kg	☐ 21-30kg	☐ 21-30kg
☐ mehr als 30kg	☐ mehr als 30kg	☐ mehr als 30kg
☐ unbekannt	☐ unbekannt	☐ unbekannt

Haben Sie schon einmal an einer Ernährungsberatung teilgenommen? ☐ Nein ☐ Ja
Wann und wo? _____

Fragen zu Ihrer Bewegung:

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? _____

Waren Sie früher sportlich aktiv? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Gelegentlich
Bis vor _____ Jahren

Mussten Sie jemals eine Sporttherapie aus gesundheitlichen Gründen abbrechen oder hat man Ihnen jemals aus medizinischen Gründen von Sport/körperlicher Bewegung abgeraten?

☐ Nein ☐ Ja

Kennen Sie einen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich aktiv sein sollten/könnten?

Fragen zu Ihrer Lebensqualität:

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Befinden Sie sich jetzt in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Welchen Therapieansatz verfolgt der Therapeut:

☐ Verhaltenstherapie ☐ Psychoanalyse ☐ Sonstige: _____

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich akzeptiere mein Gewicht.	☐	☐	☐	☐	☐
	schlecht	weniger gut	teils/teils	gut	sehr gut
Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	☐	☐	☐	☐	☐
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich manchmal depressiv.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
b) im Beruf ☐ nicht berufstätig	☐	☐	☐	☐	☐
c) im Privatleben	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin selbstsicher.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5

Ort, Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen für diese Angaben!

Liste der kooperierenden Fachbereiche und Ansprechpartner

- Medizinische Klinik Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie und Kardiologie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling: Dr. med. B. Backes (Chefarzt), Dr. med. U. Jacks (Oberärztin), Dr. med. D. Heling (Oberarzt)

- Zentrum für MIC, Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Wesseling: Prof. Dr. med. C. A. Jacobi (Chefarzt), Dr. med. G. Meyer (Ltd. Oberarzt), Dr. med. U. Groß (Stellvertretende Leitung Adipositaszentrum), R. Steiger
- Klinik für Plastische Chirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Wesseling: Dr. med. S. Berendes (Chefarzt), Dr. med. V. Dörner
- Psychosomatik und Psychiatrie: Kooperation LVR- Klinik Bonn: Dr. med. T. Kunzmann (Oberarzt)
- Ernährungsmedizin und Sporttauglichkeit: Praxis Jürgen Recht am Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling und Kooperation Kardiologische Praxis Rodenkirchen: Dr. med. T. Schramm
- Oecotrophologie: S. Vianello, C. Frey und M. Jacken
- Bewegungstherapie: Kooperation aktiv04: A. Mathes