



Fragebogen zur Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine optimale individuelle Beratung und Therapie zu ermöglichen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen und das Ernährungsprotokoll gewissenhaft, ehrlich und ausführlich auszufüllen, **bevor** Sie in unsere Sprechstunde kommen.

Dieser Fragebogen stellt die Grundlage Ihrer Beratung dar. Inkomplett oder falsch ausgefüllte Fragebögen führen zu einer nicht optimalen oder im schlimmsten Fall, auch zu einer falschen Beratung.

Seien Sie ehrlich, denn es geht um Ihre Gesundheit.

Bringen Sie bitte bei Ihrem Besuch in der Sprechstunde mit:

- Den ausgefüllten Fragebogen
- Das Ernährungsprotokoll
- Alle relevanten Arztberichte
- Ihre Gesundheitskarte

Worin liegt die Motivation Ihres Besuches in der Adipositas-Sprechstunde?

- ☐ Eigene Initiative ☐ Hausarzt ☐ Diabetologe ☐ Krankenkasse
- ☐ Selbsthilfegruppe ☐ Empfehlung von.....
- ☐ Sonstiges

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²



Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Lebensgemeinschaft

☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet

☐ Anzahl Kinder

Berufstätig: ☐ ja ☐ nein ☐ berufsunfähig ☐ erwerbsunfähig

☐ Hausfrau/-mann ☐ Rente

☐ Teilzeit (Stunden/Woche) ☐ Vollzeit

☐ sitzend ☐ stehend ☐ abwechslungsreich ☐ körperlich aktiv

Höchster Schulabschluss:

☐ kein Abschluss ☐ Hauptschule ☐ Mittlere Reife ☐ Abitur

☐ Sonstige:

Berufsausbildung:

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen:

Welchen Beruf üben Sie aus:

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Gibt es Familienmitglieder, die an Übergewicht oder Adipositas erkrankt sind?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Eigene Kinder

☐ Großeltern ☐ Tanten/Onkel ☐ Niemand

Gewichtsentwicklung:

Ihr bisher höchstes Gewicht betrug: _____ kg

In welchem Alter hatten Sie ihr höchstes Gewicht: _____ Jahre

Seit welchem Lebensjahr leiden Sie an Übergewicht: _____ Jahre

Was wäre Ihr Wunschgewicht: _____ kg

Seit wann empfinden sie Ihr Gewicht als Belastung: _____ Jahre



Was haben sie bisher unternommen, um Ihr Gewicht zu reduzieren:

- ☐ Ernährungsberatung
- ☐ Diäten: Wenn ja, welche:
- ☐ Bewegungsprogramme: Wenn ja welche:
- ☐ psychologisch/psychotherapeutische Unterstützung
- ☐ eigene Maßnahmen, wenn ja, welche:
- ☐ Multimodale Programme, wenn ja, welche:
- ☐ Medikamentöse Therapien, wenn ja, welche:
- ☐ endoskopisch/operative Verfahren, wenn ja, welche:

Herz-Kreislauf:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| Schlaganfall | ☐ ja | ☐ nein |
| Koronare Herzerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Peripher arterielle Verschlusskrankheit | ☐ ja | ☐ nein |
| Bluthochdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Erhöhte Blutfette | ☒ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Harnsäureerhöhung | ☐ ja | ☐ nein |

Atmung:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma bronchiale | ☐ ja | ☐ nein |
| COPD | ☐ ja | ☐ nein |
| Schlafapnoe | ☐ ja | ☐ nein |

Wirbelsäule und Gelenke:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Arthrose | ☐ ja | ☐ nein |
| Gelenkersatz | ☐ ja | ☐ nein |
| Bandscheibenprobleme | ☐ ja | ☐ nein |
| Spinalkanalstenose | ☐ ja | ☐ nein |
| Operationen Wirbelsäule | ☐ ja | ☐ nein |

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Refluxerkrankung: | ☐ ja | ☐ nein |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|



Schilddrüsenerkrankung:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?.....

Allergien:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?.....

Lebererkrankung:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

Depression o.a. psychische Erkrankung:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

Operationen:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

Leiden Sie unter folgenden körperlichen Beschwerden:

Luftnot in Ruhe

☐ ja

☐ nein

Luftnot bei Belastung

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, ab welcher Belastung

☐ ja

☐ nein

Brustschmerzen

☐ ja

☐ nein

Gelenkschmerzen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche Gelenke:

Rückenschmerzen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Lokalisation:

Sodbrennen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft:

Zyklusunregelmäßigkeiten

☐ ja

☐ nein

Unfruchtbarkeit

☐ ja

☐ nein

Depressive Gefühlsstörungen

☐ ja

☐ nein

Erschöpfungssymptomatik

☐ ja

☐ nein

Müdigkeit

☐ ja

☐ nein



Medikamente:

Bitte geben Sie alle Medikamente ein, die Sie regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen. Wenn Sie einen Medikationsplan von Ihrem Arzt haben, bringen Sie diesen auf jeden Fall mit.

Wirkstoff	Medikamentenname	Dosierung	Einnahme seit:

Ernährungsgewohnheiten:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| Kochen Sie zu Hause regelmäßig? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| Haben Sie ein Sättigungsgefühl? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| Wieviel Mahlzeiten essen Sie pro Tag? | — | | |
| Wieviel Hauptmahlzeiten essen Sie pro Tag? | — | | |
| Wieviel Neben-Mahlzeiten essen Sie pro Tag? | — | | |
| Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| Essen Sie Süßigkeiten? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| Trinken Sie gesüßte Getränke? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |



Essen sie Fast Food? ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Stehen sie nachts zum Essen auf? ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Haben Sie Heißhungerattacken? ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Wie viele Stunden am Tag nehmen Sie Nahrung zu sich:

☐ 8 Stunden ☐ 8-16 Stunden ☐ mehr als 16 Stunden

Trinken Sie Alkohol: ☐ täglich ☐ mehrmals /Woche ☐ selten

Welchen Alkohol trinken Sie?

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Drogen/Rauschmittel: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bewegungsgewohnheiten:

Wie viele Stunden am Tag sitzen Sie:

Wie viele Stunden am Tag liegen Sie:

Wie viele Stunden am Tag stehen Sie:

Wie viele Stunden am Tag sind Sie in Bewegung:

Treiben Sie Sport: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Sportarten:

Sportart	regelmäßig	Wie oft	Wie lange