

Patientenfragebogen

Adipositas - Sprechstunde

Dr. J. Albrecht



AZHM

Adipositaszentrum Hessen-Mitte

Name: _____

Vorname: _____

Patientenetikett

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail- Adresse: _____

Größe: _____

BMI

Gewicht: _____

Vorstellungsgrund:

Erstvorstellung

Wiedervorstellung

Termin der Erstvorstellung _____

Welche **Vorerkrankungen** sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck

Lungenerkrankungen,

Herzrhythmusstörungen

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mellitus

Rückenschmerzen

Schnarchen

Bandscheibenvorfall

Schlafapnoe-Syndrom

Kniebeschwerden

weitere Erkrankungen

Bitte dieses Feld NICHT ausfüllen

BMI < 50 Konservative Therapie beginnen

VT

ET

BT

BMI > 50 Konservative Therapie

VT

ET

BT

Konservative Therapie begonnen / ausgeschöpft

VT

ET

BT

Internistische Voruntersuchung

Hoff

Bri

Ceda

Göb

Teich

Psychologische Begutachtung

Kö

Chem

Uhr

eTh

Chirurgisches Attest

jetzt

später

VU abgeschlossen

OP – Antrag

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Wie oft?

Wurden Sie schon einmal **operiert**? (insbesondere **Operationen** im Bauchraum)

- nein** **ja, welche?**

Wie war Ihr Gewicht im Alter von ...

15 Jahren	20 Jahren	30 Jahren	40 Jahren	50 Jahren

Gibt es **Versuche der Gewichtsreduktion** bei der Sie mehr als 5 kg abgenommen haben?

	<u>Jahr</u>	<u>Versuch der Gewichtsreduktion</u>	<u>Dauer</u>	<u>Gewichtsverlust</u>
1				
2				
3				

Sind oder waren Sie in **psychotherapeutischer Behandlung / Verhaltenstherapie**?

- nein** **ja, wann und wie lange?**

Haben Sie schon einmal an einer qualifizierten **Ernährungsberatung** teilgenommen?

- nein** **ja, wann und wie lange?**

Wie oft treiben Sie **Sport**?

- nie** **ca. 1-2 x pro Monat** **ca. 1-2 x pro Woche** **> 2 x pro Woche**

Sportart
