

Erfassungsbogen Erstvorstellung Adipositaszentrum Hildesheim

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben Ihr Übergewicht behandeln zu lassen.

Um Sie gezielt beraten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Daher möchten wir Sie bitten, den beigefügten **Fragebogen** gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Dieser Fragebogen erleichtert uns das Erstgespräch.

Ohne diese ausgefüllten Unterlagen kann ein medizinisches Gespräch nicht erfolgen.

Wir möchten Sie weiterhin bitten, alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen (Arztbriefe, Kurzberichte, Nachweise über laufende oder durchgeführte Ernährungs-, Bewegungs- und ggf. Verhaltenstherapien, aktuelle Befunde bezüglich des Herzens, der Lunge, des Verdauungstraktes o.ä. sowie Laborwerte) zum Erstgespräch mitzubringen.

In unserem Adipositaszentrum werden folgende Leistungen angeboten:

1. Ein ausführliches Erstgespräch
2. Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens
3. Besprechung der weiterführenden Diagnostik und Therapie
4. Vermittlung einer notwendigen Ernährungs-, Bewegungs- und wenn nötig, Verhaltenstherapie
5. Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (operativ/ konservativ)
6. Lebenslange Nachsorge nach operativer Therapie

Wir freuen uns auf unser Kennenlernen im Erstgespräch. Bitte planen Sie dafür ca. eine Stunde ein.

Ihr Team des Adipositaszentrums Hildesheim am St. Bernward Krankenhaus

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Hausarzt (mit Adresse und Telefonnummer): _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausmedikation:

Vorerkrankungen:

Essverhalten:

Essen Sie täglich Süßigkeiten:

Essen Sie nachts:

Haben Sie Essanfälle:

Rauchen: nein _____ ja _____ wieviel _____

Allergien: _____

Bisherige Diätversuche:

Bemerkungen:

Wie sind Sie auf unsere Sprechstunde aufmerksam geworden?

Hausarzt Internet Orthopäde Gynäkologe Verwandte/Bekannte

Selbsthilfegruppe Sonstige: _____

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können **und wir Ihre Daten in einer Studie der Adipositasgesellschaft erfassen?**

Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____