

Erfassungsbogen Erst-Vorstellung

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.

In unserem Adipositaszentrum werden folgende Leistungen angeboten:

1. Ein ausführliches Erst-Gespräch
2. Besprechung der weiterführenden Diagnostik und Therapie
3. Vermittlung einer notwendigen Ernährungs-, Bewegungstherapie
4. Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (Operation/Vorbereitung)
5. Lebenslange Nachsorge nach operativer Therapie

Wir freuen uns auf unser Kennenlernen im Erstgespräch. Bitte planen Sie dafür ca. 1 Stunde ein.

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email-Adresse: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Größe: _____ aktuelles Gewicht: _____

Höchstgewicht: _____ Jahr _____

Vorerkrankungen (zutreffend ankreuzen):

Diabetes mellitus Typ I: ja ☐ nein ☐

Diabetes mellitus Typ II: ja ☐ nein ☐

Bluthochdruck: ja ☐ nein ☐

Herzerkrankung: ja ☐ nein ☐

wenn ja welche: _____

Schlafapnoe: ja ☐ nein ☐ mit CPAP: ja ☐ nein ☐

Gelenkbeschwerden: ja ☐ nein ☐

Depression: ja ☐ nein ☐

Sodbrennen/Reflux: ja ☐ nein ☐ Häufigkeit (z.B. 1x/wo, 3xtgl): _____

Fettstoffwechselstörung: ja ☐ nein ☐

PCO: ja ☐ nein ☐

Asthma: ja ☐ nein ☐

Lungenembolie: ja ☐ nein ☐

Thrombose: ja ☐ nein ☐

Rauchen: ja ☐ nein ☐ wieviel: _____

Allergien: _____

Vormedikation:

Voroperationen:

Essverhalten (zutreffend ankreuzen):

Essen Sie täglich Süßigkeiten: ja ☐ nein ☐

Essen Sie nachts: ja ☐ nein ☐

Haben Sie Essanfälle: ja ☐ nein ☐

Hauptmahlzeiten am Tag: _____ Zwischenmahlzeiten: _____

Konsum zuckerhaltiger Getränken: ja ☐ nein ☐ wenn ja wieviel: _____ ml

Bewegung:

Betreiben sie regelmäßig Sport: ja ☐ nein ☐

Sportart und wie oft: _____

Bisherige Diätversuche:

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

Eigene Ziele/Motivation für einen bariatrischen Eingriff (optional):

Wie sind Sie auf unsere Sprechstunde aufmerksam geworden?

- ☐ Hausarzt ☐ Internet ☐ Orthopäde ☐ Gynäkologe ☐ Verwandte/Bekannte
☐ Selbsthilfegruppe ☐ Sonstige: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____