Fragebogen zur morbiden Adipositas

Niels-Stensen-Kliniken
Christliches Klinikum Melle

Allgemeine Fragen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Krankenversicherung:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Hausarzt (Adresse u. Tel.):

Derzeitiges Gewicht:

Körpergröße:

BMI:

Bisheriges Höchstgewicht:

Zielgewicht:

Übergewichtigkeit seit wann:

Essverhalten

Welche der folgenden Mahlzeiten nehmen Sie regelmäßig ein?

☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Nachmittagskaffee ☐ Abendessen

Welches ist Ihre wichtigste Mahlzeit?

Was essen Sie zwischendurch?

Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie ungern?

Wie würden Sie Ihren Appetit bezeichnen?

☐ übermäßig ☐ gut ☐ normal ☐ gering

Wie viel Gläser Milch trinken Sie täglich?

Welche Getränke nehmen Sie hauptsächlich zu sich?

Welche Süßigkeiten essen Sie am liebsten und in welche Mengen?

Welche folgenden Punkte erscheinen Ihnen beim Essen besonders wichtig?

☐ Das zu essen, was Ihnen schmeckt?

☐ Das Aussehen des Essens?

☐ Die Art der Zubereitung?

☐ Wo und wie Sie Essen?

☐ Genug zu essen haben?

☐ Mit jemandem zu essen und sich dabei zu unterhalten?

☐ Sonstiges?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie bereits eine Ernährungsberatung durchgeführt ? ☐ nein ☐ ja

Halten Sie zur Zeit eine spezielle Diät ein? ☐ nein ☐ ja, welche?

Schreiben Sie alle Diäten auf, die Sie bisher durchgeführt haben:

Haben Sie schon Diäten unter ärztlicher Kontrolle gemacht?

Wie hoch war dabei Ihr Gewichtsverlust?

Haben Sie zur Gewichtsreduktion Kuren oder Heilverfahren durchgeführt?

☐ nein ☐ ja - Wie hoch war dabei der Gewichtsverlust?

Treiben Sie Sport? ☐ nein ☐ ja, welchen?

Haben Sie Hobbys? ☐ nein ☐ ja, welche?

Gibt es Übergewicht in Ihrer Familie? ☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie Abführmittel? ☐ nein ☐ ja

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, wie viel?, seit wann? [Datum]

Begleiterkrankungen

☐ Bluthochdruck

☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ Gicht

☐ Erhöhte Blutfettwerte

☐ Gallensteine

☐ Rückenschmerzen

☐ Gelenkbeschwerden

☐ Sodbrennen

☐ Krampfadern

☐ Luftnot bei Belastung

☐ Luftnot in Ruhe

☐ Schlafapnoe

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Sonstige

Welche Operationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

Leiden Sie an Herz- oder Lungenkrankheiten? ☐ nein ☐ ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente wie Metformin, Ozempic, Wegovy oder Mounjaro ein? ☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja, welche?

Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja, welche?

Waren Sie jemals in nervenärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, wann und warum?

Wie schätzen Sie Ihre Grundstimmung ein?

☐ Fröhlich ☐ Entspannt ☐ Angespannt ☐ Depressiv ☐ Sonstiges

Leiden Sie Ihrer Meinung nach an psychischen oder sozialen Problemen, die durch Ihr Übergewicht hervorgerufen werden?

☐ nein ☐ ja, welche?

Datum