



Anamnesebogen Nachsorge

Adipositaszentrum
Essen
Alfried Krupp Krankenhaus
Steele
Hellweg 100
45276 Essen

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____

Lynik Schüren
Fachkoordination
für Adipositas- und
metabolische Chirurgie
Telefon 0201 805-2604
Telefax 0201 805-2628
lynik.schueren
@krupp-krankenhaus.de



Allgemeine Fragen

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich aktueller BMI: _____

OP-Verfahren: _____ OP-Datum: _____

niedrigstes Gewicht: _____ wann: _____

Wie ist Ihr Allgemeinzustand:

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

Bitte geben Sie ihre Trinkmenge pro Tag an:

Besuchen Sie regelmäßig eine Selbsthilfegruppe? nein ja

Führen Sie aktuell eine Ernährungstherapie durch? nein ja

Führen Sie aktuell eine Verhaltenstherapie durch? nein ja

Betreiben Sie regelmäßig Sport? nein ja

In Form von:

Dauer:



Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Belastungsfähigkeit ein?

- Beweglichkeit im Haus: frei mit Hilfsmitteln sehr eingeschränkt (immobil)
Beweglichkeit außer Haus: frei mit Hilfsmitteln sehr eingeschränkt (immobil)

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate ein?

- nein ja

wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Eiweiß zu sich?

- nein ja

wenn ja, in welcher Form?

Haben Sie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme?

- nein ja

wenn ja, beschreiben Sie diese:

Leiden Sie unter Verdauungsproblemen/-beschwerden?

- nein ja

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit?

- nein ja

wenn ja, welche?

Wurde Ihnen in letzter Zeit Blut abgenommen?

- nein ja

wenn ja, wann?

Sind Sie derzeit erwerbstätig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Vollzeit (35 oder mehr Stunden pro Woche) |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit (15 bis 35 Stunden pro Woche) | <input type="checkbox"/> Teilzeit (weniger als 15 Stunden pro Woche) |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig |
| <input type="checkbox"/> berentet | <input type="checkbox"/> andere |



Fragen zu Ihrer Gesundheit

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden leiden:

Diabetes mellitus Typ II nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Haben Sie einen behandelnden Diabetologen?

ja nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse eintragen

Bluthochdruck nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Atemaussetzer beim Schlafen (sog. Schlafapnoe-Syndrom)

nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

wenn Ja, haben Sie zur Behandlung ein CPAP-Gerät?

ja nein

Fettstoffwechselstörung nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Harnsäure/Gicht nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Schilddrüsenunterfunktion nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Polycystisches Ovarialsyndrom

(PCO-Syndrom) nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Gelenkverschleiß nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten



Depressionen nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Harninkontinenz nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Asthma nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

chronische Bronchitis (COPD) nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Sodbrennen nein ja, wie vor der OP ja, besser als vor der OP
 ja, schlechter als vor der OP ja, neu aufgetreten

Erfolgte nach der Operation eine Magenspiegelung? nein ja wenn ja, wann? _____
Gab es Auffälligkeiten? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Oberbauch nach der Operation mittels Ultraschall untersucht worden?
 nein ja
Gab es Auffälligkeiten? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Sind bei ihnen Gallensteine bekannt? nein ja
wenn ja, machen diese ihnen Beschwerden? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Erfolgte nach der Operation eine Darmspiegelung? nein ja wenn ja, wann? _____
Gab es Auffälligkeiten? nein ja

Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag? _____
Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____



Bei männlichen Patienten:

Leiden Sie an einer erektilen Dysfunktion? nein ja

Wenn ja, besteht eine medikamentöse Therapie? nein ja

Bei weiblichen Patientinnen:

Sind Sie schwanger? nein ja

Leiden Sie unter Zyklusstörungen? nein ja, wie vor der Operation

ja, besser als vor der Operation

ja, schlechter als vor der Operation

ja, neu aufgetreten

Haben Sie Ihre Wechseljahre (Menopause)? nein ja

Wenn ja, seit welchem Lebensjahr? _____



Medikamente

Bitte tragen Sie hier Ihre aktuellen Medikamente ein und bringen Sie zum Termin einen aktuellen Plan mit.

Medikament gegen	Name	Dosierung
Bluthochdruck	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Insulin	_____	_____
hohe Blutfette	_____	_____
erhöhte Harnsäure	_____	_____
Schilddrüsenhormone	_____	_____
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ASS/Aspirin o. ä.	_____
	<input type="checkbox"/> Plavix/Clopidogrel o. ä.	_____
	<input type="checkbox"/> Marcumar	_____
	<input type="checkbox"/> andere z. B. Eliquis, Xarelto	_____
Schmerzmittel	_____	_____
Antidepressivum	_____	_____
pulmonale Medikamente	_____	_____
Magensäure-Blocker	_____	_____
„Anti-Baby-Pille“	_____	_____
andere	_____	_____



Operationen nach Adipositas-Operation

Gallenblasenentfernung nein offen Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung nein offen Schlüssellochtechnik

Operationen am Magen nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation:

Operationen am Darm nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation:

Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)

nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation:

Operationen am Bauch nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation:

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)

nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation:

Sonstige Operationen:



Klinische Auffälligkeiten

Oberer Verdauungstrakt

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Schluckstörungen für feste Speisen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schluckstörungen für flüssige Speisen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Übelkeit nach dem Essen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Übelkeit unabhängig von der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Erbrechen nach dem Essen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

abdominelle Schmerzen nach dem Essen

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| hinter dem Brustbein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| im Oberbauch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| im Unterbauch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

abdominelle Schmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| hinter dem Brustbein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| im Oberbauch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| im Unterbauch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Unterer Verdauungstrakt

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Gasbildung im Magen oder Darm | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stuhlverstopfung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Übelriechender Stuhl | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Dermatologisch

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Zungenentzündung / -brennen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hautentzündungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Veränderung des Nagelwachstums | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Neurologisch

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Ataxie (gestörte Bewegungsabläufe) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| gestörte Körperempfindung (z. B. Taubheit/Kribbeln der Glieder) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |



Andere

Haarausfall

nein ja

Müdigkeit

nein ja

Nachtblindheit

nein ja

Dumping / vegetative Symptome

nein ja

Narben

unauffällig auffällig

Bei Auffälligkeiten geben Sie diese bitte an:



Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

	kein Problem					sehr starkes Problem						
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2. Häufiges Räuspern:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
7. Starker quälender Husten:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenerstimmung oder Säurerückfluss:	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

RSI-Wert (Total) _____



Fragebogen zur Lebensqualität

- | | stimmt
überhaupt
nicht | stimmt
eher
nicht | teils/
teils | stimmt
eher | stimmt
voll-
kommen |
|--|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich akzeptiere mein Gewicht: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| | schlecht | weniger
gut | teils/
teils | gut | sehr gut |
| 3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| | stimmt
überhaupt
nicht | stimmt
eher
nicht | teils/
teils | stimmt
eher | stimmt
voll-
kommen |
| 4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen
Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.): | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte): | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie): | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt): | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich fühle mich manchmal depressiv: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden): | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen
Situation eingeschränkt | | | | | |
| im Haushalt: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| im Beruf: <input type="checkbox"/> berufsunfähig | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| im Privatleben: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich bin selbstsicher: | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |



Fragebogen zur Ernährungsgewohnheit

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage).

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank.

	kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	jeden Tag
An wievielen der letzten 28 Tage ...							
a ... haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
b ... haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
c ... hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>						
d ... haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>						
e ... haben Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>						
	nie	selten	halb / halb	meistens	immer		
f In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="checkbox"/>						
	gar nicht	leicht	mäßig	deutlich			
g Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/>						
h Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="checkbox"/>						