



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 aktuelle 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?



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?
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? _____

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



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:

Weitere Beschwerden



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, Magenverstimmung 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) _____