Alfried Krupp Krankenhaus

Anamesebogen Erstvorstellung

Adipositaszentrum
Essen
Alfried Krupp Krankenhaus
Steele
Hellweg 100
45276 Essen

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

Referenzzentrum
für Adipositaschirurgie

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

_____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____

Allgemeine Fragen

Größe: _____ cm

aktuelles Gewicht: _____ kg

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

aktueller BMI: NaN

Seit welchem Jahr besteht ein Übergewicht? _____

Was war das höchste Gewicht bisher? _____ kg

in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie verheiratet? ☐ ja ☐ nein

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Besteht unerfüllter Kinderwunsch? ☐ ja ☐ nein

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

☐ ohne ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/mittlere Reife
☐ Hochschulreife ☐ anderer

Haben Sie eine Berufsausbildung?

☐ keine ☐ noch in Ausbildung ☐ Lehre
☐ Fach-/Meister-/Technikschule ☐ Hochschule ☐ andere

Sind Sie derzeit erwerbstätig?

☐ nicht erwerbstätig ☐ Vollzeit (35 oder mehr Stunden pro Woche)
☐ Teilzeit (15 bis 35 Stunden pro Woche) ☐ Teilzeit (weniger als 15 Stunden pro Woche)
☐ Hausfrau/Hausmann ☐ arbeitsunfähig
☐ berentet ☐ andere

Gibt es andere Familienangehörige mit Übergewicht (BMI>30kg/m²)?

Mutter	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt	
Vater	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt	
Kinder	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt	☐ keine Kinder
Geschwister	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt	☐ keine Geschwister

Besteht bei Familienangehörigen ein Diabetes mellitus?

☐ ja ☐ nein Falls ja, bei wem? _____

Bestand bei Familienangehörigen eine Thrombose oder Lungenembolie?

☐ ja ☐ nein Falls ja, bei wem? _____

Bestand bei Familienangehörigen ein Herzinfarkt?

☐ ja ☐ nein Falls ja, bei wem? _____

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)

Leiden Sie häufig unter Luftnot? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, Luftnot auch in Ruhe? ☐ ja ☐ nein

Wie lang ist Ihre Gehstrecke ohne Pausen? _____ Meter

Fällt Ihnen das Treppensteigen schwer? ☐ ja ☐ nein

Wie viele Stockwerke können Sie zurücklegen, ohne Pause zu machen? circa _____ Stockwerke

Fragen zu Ihrer Gesundheit

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

Diabetes mellitus Typ I ☐ ja ☐ nein seit welchem Jahr: _____

Diabetes mellitus Typ II ☐ ja ☐ nein seit welchem Jahr: _____

Haben Sie einen behandelnden Diabetologen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse eintragen _____

_____

Leiden Sie unter Bluthochdruck? ☐ ja ☐ nein seit welchem Jahr: _____

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein in welchem Jahr: _____

Hatten Sie eine Thrombose in einer tiefen Beinvene? ☐ ja ☐ nein in welchem Jahr: _____

Hatten Sie eine Lungenembolie? ☐ ja ☐ nein in welchem Jahr: _____

Haben Sie eine bekannte Gerinnungsstörung? ☐ ja ☐ nein seit welchem Jahr: _____

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie arterielle Verschlusserkrankung (Schaufensterkrankheit)? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Atemaussetzer beim Schlafen (Schlafapnoe-Syndrom)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, haben Sie zur Behandlung ein CPAP-Gerät? ☐ ja ☐ nein

Schnarchen Sie häufig im Schlaf? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie nächtliche Atempausen? ☐ ja ☐ nein

Schlafen Sie schlecht und sind tagsüber oft sehr müde? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie morgens oft Kopfschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Fettstoffwechselstörung? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Erhöhung der Harnsäure/Gicht? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Schilddrüsenunterfunktion? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an Gelenkverschleiss/-erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen behandelnden Orthopäden/Rheumatologen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse eintragen _____

_____

Leiden Sie unter Depressionen? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie früher eine psychologische/psychiatrische Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Befinden Sie sich aktuell in psychologischer/psychiatrischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse des Therapeuten eintragen

_____

_____

Leiden Sie unter Harninkontinenz? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Sodbrennen? ☐ ja ☐ nein

RSI-Score (Seite 8): 0

Erfolgte in der Vergangenheit bereits eine Magenspiegelung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____ Gab es Auffälligkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie bereits Geschwüre im Magen-Darm-Trakt? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihr Oberbauch in der Vergangenheit mittels Ultraschall untersucht worden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____ Gab es Auffälligkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, machen Ihnen die Gallensteine Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Erfolgte in der Vergangenheit bereits eine Darmspiegelung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____ Gab es Auffälligkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Morbus Crohn/Colitis ulcerosa? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie häufig unter Verdauungsproblemen/-beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Allergie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Wann? _____

Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Wann? _____

Leiden Sie unter Asthma?	☐ ja	☐ nein
Leiden Sie unter chronischer Bronchitis (COPD)?	☐ ja	☐ nein
Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	_____	
In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?	_____	
Waren Sie früher drogenabhängig?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, bis wann?	_____	
Bei männlichen Patienten:		
Leiden Sie an einer erektilen Dysfunktion?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, besteht eine medikamentöse Therapie?	☐ ja	☐ nein
Bei weiblichen Patientinnen:		
Sind Sie schwanger?	☐ ja	☐ nein
Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie ein Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Ihre Wechseljahre (Menopause)?	☐ ja	☐ nein
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	_____	_____
Zucker	_____	_____
Insulin	_____	_____
hohe Blutfette	_____	_____
erhöhte Harnsäure	_____	_____
Schilddrüsenhormone	_____	_____
Blutverdünner	☐ ASS/Aspirin o. ä.	_____
	☐ Plavix/Clopidogrel o. ä.	_____
	☐ Marcumar	_____
	☐ andere z. B. Eliquis, Xarelto	_____
Schmerzmittel	_____	_____
Antidepressivum	_____	_____
pulmonale Medikamente	_____	_____
Magensäure-Blocker	_____	_____
„Anti-Baby-Pille“	_____	_____
andere	_____	_____

Operationen

Bitte geben Sie hier an, ob und woran Sie wann operiert worden sind.
Bitte geben Sie auch an, ob die Operationen mit großem Schnitt (offen) oder in Schlüssellochtechnik, das heißt mit kleinen Schnitten (minimal invasiv), ausgeführt worden sind.

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte: ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Gallenblasenentfernung? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Blinddarmentfernung? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Operationen am Magen? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Operationen am Darm? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Operationen an der Bauchwand

(Bruchoperation, plastische Operation)? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Andere Operationen am Bauch? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Bei Frauen:

Operationen an der Gebärmutter/Eierstöcken? ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

Sonstige Operationen: ☐ ja ☐ nein ☐ offen ☐ minimal invasiv

Wenn ja, welche? _____

in welchem Jahr? _____

5333_2020.11

Ernährungsverhalten

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ☐ ja ☐ nein

Essen Sie nachts? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Essanfälle? ☐ ja ☐ nein

Bitte machen Sie Angaben zur Anzahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Hauptmahlzeiten pro Tag: _____

Nebenmahlzeiten pro Tag: _____

Einnahme zuckerhaltiger Getränke (Menge in Liter pro Tag): _____

Diätverhalten – Bitte geben Sie Ihre letzten 3 Diätversuche an:

Diätversuch 1	Diätversuch 2	Diätversuch 3
☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein
☐ stationär/Reha	☐ stationär/Reha	☐ stationär/Reha
☐ andere (ärztlich begleitet)	☐ andere (ärztlich begleitet)	☐ andere (ärztlich begleitet)
☐ Optifast	☐ Optifast	☐ Optifast
☐ Weight Watchers	☐ Weight Watchers	☐ Weight Watchers
☐ multimodales Konzept	☐ multimodales Konzept	☐ multimodales Konzept
☐ andere (nicht ärztlich begleitet)	☐ andere (nicht ärztlich begleitet)	☐ andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr: _____	Jahr: _____	Jahr: _____
Dauer (Monate): _____	Dauer (Monate): _____	Dauer (Monate): _____
Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:
☐ keinen	☐ keinen	☐ keinen
☐ bis 10 kg	☐ bis 10 kg	☐ bis 10 kg
☐ 11–20 kg	☐ 11–20 kg	☐ 11–20 kg
☐ 21–30 kg	☐ 21–30 kg	☐ 21–30 kg
☐ über 30 kg	☐ über 30 kg	☐ über 30 kg
☐ unbekannt	☐ unbekannt	☐ unbekannt

Machen Sie regelmäßig Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

☐ Nein ☐ Weniger als 1 Stunde/Woche

☐ zwischen 1–2 Stunden/Woche ☐ mehr als 2 Stunden/Woche

Falls ja, welche? _____

Haben Sie bereits eine Adipositas-Selbsthilfegruppe besucht? ☐ ja ☐ nein

Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

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

RSI-Wert (Total) 0

Fragebogen zur Lebensqualität

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Ich akzeptiere mein Gewicht:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.):	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte):	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)):	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt):	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Ich fühle mich manchmal depressiv:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden):	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt					
im Haushalt:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
im Beruf: ☐ berufsunfähig	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
im Privatleben:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Ich bin selbstsicher:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

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.

	An wievielen der letzen 28 Tage ...	kein Tag	1–5 Tage	6–12 Tage	13–15 Tage	16–22 Tage	23–27 Tage	jeden Tag
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d	... haben Sie sich dick gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e	... haben Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		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.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		gar nicht		leicht		mäßig		deutlich
g	Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐