



Anamnesebogen Erstvorstellung

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: _____

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 Verschlusskrankung (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): _____

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	<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

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? _____



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

- Nein
 stationär/Reha
 andere (ärztlich begleitet)
 Optifast
 Weight Watchers
 multimodales Konzept
 andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
 bis 10 kg
 11–20 kg
 21–30 kg
 über 30 kg
 unbekannt

Diätversuch 2

- Nein
 stationär/Reha
 andere (ärztlich begleitet)
 Optifast
 Weight Watchers
 multimodales Konzept
 andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
 bis 10 kg
 11–20 kg
 21–30 kg
 über 30 kg
 unbekannt

Diätversuch 3

- Nein
 stationär/Reha
 andere (ärztlich begleitet)
 Optifast
 Weight Watchers
 multimodales Konzept
 andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
 bis 10 kg
 11–20 kg
 21–30 kg
 über 30 kg
 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, Magenerstimmung oder Säurerückfluss:	0	1	2	3	4	5		

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ... haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e ... haben Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	leicht	mäßig	deutlich			
g Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>