

**Prof. Dr. med. W. Fenske**

**Direktorin der Medizinischen Klinik I**

Allgem. Innere Medizin, Endokrinologie u. Diabetologie  
sowie Gastroenterologie und Hepatologie

Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum



## **Fragebogen bei Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde**

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vor Ihrem ersten Termin in unserer Adipositas Sprechstunde.

Name	Vorname
Geburtsdatum	

### **Ihre Kontaktdaten**

Adresse
Telefon
E-Mail

### **Persönliche Daten**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Familienstand/ Kinder
Beruf (gelernter und derzeit ausgeübter Beruf)

### **Gewichtsentwicklung**

aktuelles Gewicht (kg)	Körpergröße (m)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Umfang Taille in cm
Umfang Hüfte in cm	
Aktueller Blutdruck mmHg	
bisher höchstes Gewicht (kg)	
Wunschgewicht (kg)	

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Gewichtsentwicklung. Berücksichtigen Sie dabei folgende Fragen:

Seit wann sind Sie übergewichtig?
Waren Sie schon im Kindes- und Jugendalter übergewichtig?
In welchem Alter wogen Sie am meisten?
Gab es Ereignisse, die zu einer schnellen Gewichtszunahme führten (Schwangerschaft, private oder berufliche Ereignisse, Unfälle, ...) oder nahmen Sie allmählich zu?
Haben Sie Familienangehörige mit deutlichem Übergewicht?

### Versuche der Gewichtsabnahme

Haben Sie zuvor eine Ernährungsumstellung, begleitet durch Hausarzt, Ernährungsberatung oder Vermittlung über Krankenkasse durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – nähere Angaben in Tabelle unten
-------------------------------	---

Waren Sie wegen Ihres Übergewichtes oder damit verbundener Erkrankungen in stationärer Behandlung, d.h. im Krankenhaus oder zu einer Reha/ Kur?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – nähere Angaben in Tabelle unten
-------------------------------	---

Zeitraum (Monat/ Jahr)	Wie versuchten Sie abzunehmen? (z.B. eigene Diät, Weight Watchers, Ernährungsberatung,	Wieviel kg Gewichtsverlust erreichten Sie?
------------------------	--	--

	Diabetesberatung, Krankenhausaufenthalt, Kur/ Reha)	

### Essverhalten

Essen Sie zu regelmäßigen Mahlzeiten? Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag ein?
Was essen Sie zwischen den Mahlzeiten?
Stehen Sie nachts zum Essen auf?
Unterscheidet sich Ihr Essverhalten zwischen den Wochentagen und Wochenenden? Wenn ja, wie?
Werden Sie durch eine Mahlzeit satt?
Wie häufig treten Heißhungeranfälle auf?
Wie häufig essen Sie „Fast Food“ oder Fertiggerichte?
? Wie hoch ist Ihre tägliche Trinkmenge, wieviel davon sind „Softdrinks“?

### Sport

Haben Sie zuvor regelmäßig Sport getrieben?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Welche Art Sport, wie oft und wie lange?
-------------------------------	---

Treiben Sie aktuell regelmäßig Sport?

<input type="checkbox"/> Nein – Warum nicht?	<input type="checkbox"/> Ja – Welche Art Sport, wie oft und wie lange?
--	---



Einnahme bei Bedarf		

Wurde bei Ihnen bereits eine bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) oder eine indirekte Kalorimetrie durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Wann? Wo?
-------------------------------	---

Sind Sie bisher am Bauch operiert worden?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Was wurde operiert (z. B. Magen/ Gallenblase/ Blinddarm/ Darm/ Gebärmutter)?
-------------------------------	--

Ist in Ihrer Familie Magen oder Darmkrebs aufgetreten?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welcher?
-------------------------------	---------------------------------------

Welche der folgenden Krankheiten oder Beschwerden sind bei Ihnen aufgetreten?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Seit wie vielen Jahren?
Herzerkrankung/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Wann?
Luftnot bei leichter Belastung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Wann?
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Seit wie vielen Jahren? Insulintherapie?
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlafapnoe-Syndrom (Atemaussetzer im Schlaf)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Besteht eine Maskentherapie?

COPD/ Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Beschwerden der Gelenke, künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welches Gelenk?
Rückenbeschwerden, Rückenoperation?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hormonstörungen/ Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Depressionen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Weitere Erkrankungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Welche?

Befanden Sie sich zuvor in psychotherapeutischer Behandlung?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Dauert die Behandlung derzeit noch an?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Datum	Unterschrift
-------	--------------