

# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Liebe Patientinnen und Patienten,

Sie haben sich viel vorgenommen. Beim Erreichen Ihrer Ziele stehen wir Ihnen gerne tatkräftig zur Seite, denn in den kommenden Monaten kommt viel auf Sie zu. Wir beraten Sie ausführlich, wie Sie Ihr Gewicht langfristig vermindern können. Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen so gewissenhaft wie möglich. Schicken Sie uns bitte den nachfolgenden Fragebogen zu, damit wir anschließend einen Termin zum Aufnahmegespräch vereinbaren können. Dies können Sie entweder per Post erledigen oder Sie schicken uns eine E-Mail an die nachfolgende Adresse. Gerne melden wir uns schnellstmöglich bei Ihnen.

T 02161 668 2298 · F 02161 668 2290 · adipositas@kh-neuwerk.de

## Ihre Ansprechpartner:

Luigi Feraco, Fachkoordinator

Christine Büttgen, Koordinatorin

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.  divers

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Seit wann sind Sie übergewichtig? \_\_\_\_\_

In welchem Alter wogen Sie am meisten? \_\_\_\_\_

Gibt es starkes Übergewicht in Ihrer Familie?

Vater       Mutter       Kinder       Geschwister

Wie ist Ihre Beweglichkeit außer Haus?

frei       nur mit Hilfsmitteln       sehr eingeschränkt

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

keinen  
 Lehre/Ausbildung  
 Hochschule  
 andere: \_\_\_\_\_

Welchen Schulabschluss haben Sie? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit berufstätig?

ja       nein  
 Vollzeit       Teilzeit  
 < 15h       > 15h  
 anderes: \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

Leben Sie in einer Partnerschaft?

ja       nein

Haben Sie leibliche Kinder?

ja       nein

Wenn ja, wie viele?

## ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Haben Sie Heißhungeranfälle?  täglich  wöchentl.  selten  nie

Essen Sie in der Nacht?  täglich  wöchentl.  selten  nie

Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich?  täglich  wöchentl.  selten  nie

Wie viele Hauptmahlzeiten am Tag?  1  2  3  4

Wie viele Nebenmahlzeiten am Tag?  1  2  3  4

Fast Food?  täglich  wöchentl.  selten  nie

Wie viel Liter zuckerhaltige Getränke trinken Sie täglich?  0  0,5  1  >1

Essen Sie Süßigkeiten?  täglich  wöchentl.  selten  nie

Essen Sie viel zwischendurch?  ja  nein

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung erhalten?  ja  nein

Haben Sie schon einmal Sport betrieben?  ja  nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Wenn nein, welche Gründe? \_\_\_\_\_

# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Bitte geben Sie uns Ihre letzten 3 Versuche zur Gewichtsabnahme an:

- keine
- stationäre/Reha
- andere  
(ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- MMK
- andere

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

- keine
- stationäre/Reha
- andere  
(ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- MMK
- andere

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

- keine
- stationäre/Reha
- andere  
(ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- MMK
- andere

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- keinen
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**Rauchen Sie?**  ja Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

nein Falls früher geraucht wurde, wann aufgehört? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**  täglich  wöchentl.  selten  nie

# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

## Leiden Sie an folgenden Erkrankungen/Beschwerden?

Diabetes mellitus Typ 1  ja  nein seit welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ 2  ja  nein seit welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  ja  nein

Schlafapnoe  
(Atemaussetzer im Schlaf)  ja  nein

Wenn ja mit CPAP-Maske?  ja  nein

Fettstoffwechselstörung  ja  nein

Harnsäureerhöhung/Gicht  ja  nein

PCO-Syndrom  
(unerfüllter Kinderwunsch)  ja  nein

Depressionen  ja  nein

Sodbrennen  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Asthma bronchiale  ja  nein

Herzerkrankung/Infarkt  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein

# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN

## FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Lipödem/Lymphödem  ja  nein

Gelenkerkrankungen/Schmerzen  ja  nein

Rückenschmerzen  ja  nein  
OP  ja  nein

Hüftgelenkschmerzen  ja  nein  
OP  ja  nein

Kniegelenkschmerzen  ja  nein  
OP  ja  nein

Fußgelenkschmerzen  ja  nein  
OP  ja  nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

**Sind Sie schon einmal am Bauch operiert wurden?**  ja  nein

- Bitte ankreuzen:
- Gallenblase
  - Blinddarm
  - Magen
  - Darm
  - Gebärmutter
  - Kaiserschnitt
  - Sonstige OP

**Hatten Sie bereits eine Adipositas OP?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

In welchem Jahr? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Allergie?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

**Waren Sie einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

**Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Verständnis für eine mögliche bariatrische OP?**  ja  nein

Bei welchem Hausarzt/Hausärztin sind Sie? \_\_\_\_\_

**Wie haben Sie von uns erfahren?**

Hausarzt  Freunde/Bekannte  Internet  andere: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie versichert?**

gesetzlich

privat

Zusatz

Selbstzahler

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## ADIPOSITAS- & REFLUX-ZENTRUM NIEDERRHEIN FRAGEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Ich wünsche folgende Behandlungsmethode:

Konservative Therapie

Operative Therapie

Ich bin unsicher

Bitte setzen Sie nachfolgend Ihre Unterschrift für die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr Einverständnis, dass das Adipositas- und Reflux-Zentrum Sie für Termine, Erinnerungen per Telefon oder E-Mail kontaktieren darf. Dieses Einverständnis dürfen Sie jederzeit widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen zurück an:**

E-Mail: adipositas@kh-neuwerk.de

Adresse: Adipositas- und Reflux-Zentrum Niederrhein  
Dünner Str. 214–216  
41066 Mönchengladbach

# STUDOQ/METABOLISCHE UND BARIATRISCHE ERKRANKUNGEN FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT (BQL)



	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	schlecht	weniger gut	teils/teils	stimmt eher	sehr gut
Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

# STUDOQ/METABOLISCHE UND BARIATRISCHE ERKRANKUNGEN FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT (BQL)

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) im Beruf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> nicht berufsfähig					
c) im Privatleben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin selbstsicher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



