

# **Patientendaten**

StuDoQ:	wird durch den Koordinator vergeben
Name:	
Vorname:	<u></u>
Anschrift:	<u> </u>
Geb Datum:	<u> </u>
Telefon:	<u> </u>
Mobil:	<u>—</u>
Notfallnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Hausarzt:	
Zusatzinformationen:	
Raucher/in:	
□ nein falls früher geraucht wurde, wann Aufgehört? □ ja wie viele Zigaretten pro Tag:	
Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)	
☐ frei ☐ nur mit Hilfsmitteln ☐ sehr eingeschränkt (immo	obil)
Liegen Allergien vor?	
□ nein □ ja, welche:	
Leiden Sie unter einer Lipödem/ Lymphödem?	
□ nein – ist mir nicht bekannt	
□ ja, welche:	



# Screening-Fragen zu ihrer persönlichen Motivation

1.	Welche Aussage beschreibt Ihre Einstellung zur Gewichtsabnahme am besten?										
	lch sel		en Anla	ass, me	in Ernä	hrungs	s- und B	Sewegu	ngsverl	nalten zi	ı
	Ich habe vor, in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.										
	Ich habe in den letzten sechs Monaten ab und an einige Änderungen ausprobiert.										
	Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.										
2.	Wie wid	chtig ist I	hnen pe	ersönlic	h die Ge	ewichts	abnahm	e, ausg	edrückt	in Proze	nt?
	< 50 P	rozent =	- wenig	er wich	tig						
	50-70 I	⊃rozent	= mitte	lwichtig	l						
	80-100	Prozer	nt = seh	r wichti	g						
3.	Weil me Weil m weiterg Was si Am liek	ir imme geht nd Sie k osten wi	/Familie r bewu	e/Freund sster w dafür zu	d/Chef/l ird, das ı tun?	ss es so	mich da nicht m	nehr		en groß	umstellen
	zu müs Ich bin Ieichtfä	bereit,	meine	Lebens	sgewoł	nnheite	n zu än	dern, a	uch we	nn es m	ir nicht
5.		en Sie bi sgewoh				la Ihre B	ereitsch	aft ein, c	lauerha	ıft Ihre	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	über	haupt n	icht ber	eit						völlig	bereit
6.	lch "wi	insche"	'mir fol	gende l	Behand	dlungsn	nethode	):			
		rvative									
	-	tive Adi	-	therapi	ie						
	vveils i	ch nich	τ.								



## StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen Erhebungsbogen für das Erstgespräch



#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

#### Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader ®" von der Herstellerwebseite verwenden: www.get.adobe.com/reader/

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen, die Antworten werden dann manuell übertragen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

	uus Eistge	spraen (7th		Listvoistellung (21
Angaben zum Kontakt Vorname				
Nachname —				
Telefonnummer				
E-Mailadresse				
Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadre: Diese Angaben werden <u>nicht</u> im Register ":				Kontaktaufnahme.
Allgemeine Fragen				
Größe (in cm)		-	Aktuelles Gewicht	kg
Geschlecht:	○ weiblich	○ männlich	า	
Übergewichtig besteht seit Lebensjahr:				
Was war ihr höchstes Gewicht bisher?		kg i	n welchem Jahr?	
Leben Sie in einer Partnerschaft?	○ Nein	○Ja		
Anzahl der leiblichen Kinder:		-		
Unerfüllter Kinderwunsch	○ Nein	◯ Ja		
Bitte geben Sie Ihren höchsten	Ohne Abs	schluss	○ Hochschulreife	
Schulabschluss an:		nule / Volkssch le / Mittlere Re		
Haben Sie eine Berufsausbildung?	○ keine		○ Fach-/Meister-/Tech	nikerschule/Lehre
Welche?	O noch in A	usbildung	onderer on anderer	
	○ Hochschu	ule		
Sind sie derzeit erwerbstätig?	onicht erw	verbstätig	○ Hausfrau/Hausmanı	ı
	○ Vollzeit (>	> 35 h/Woche)	arbeitsunfähig	
	○ Teilzeit (1	15 - 35 h/Woch	ne) 🔾 berentet	
	Teilzeit (	15 h/Woche)		

Mutter:

Kind(er):

Vater

○ Nein

○ Nein

○ Nein

Geschwister: 

Nein

Ja

Ja

 $\bigcirc$  Ja

◯Ja

Unbekannt

○ Unbekannt

○ Keine Kinder

onur mit Hilfsmitteln osehr eingeschränkt (immobil)

 $\bigcirc$  Keine Geschwister  $\bigcirc$  Unbekannt

○ Unbekannt

Gibt es andere Familienmitglieder

mit Übergewicht oder Adipositas?

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) Ofrei

### Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)? Diabetes Typ 1 ○ Nein ○ Ja Seit (Jahr): Diabetes Typ 2 Seit (Jahr): Bluthochdruck Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) ○ Nein ○ Ja CPAP-Behandlung / -Maske Fettstoffwechselstörung Harnsäureerhöhung / Gicht ○ Nein ○ Ja Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom) ○ Nein ○ Ja Gelenkerkrankungen/schmerzen ○ Nein ○ Ja Welche: Leiden Sie unter Depressionen? ○ Nein ○ Ja Leiden Sie unter Harninkontinenz? Leiden Sie unter Sodbrennen Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung? Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? ○ Nein ○ Ja Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre) ○ Nein ○ Ja Seit wann: Medikamente Medikament morgens mittags abends

O Ja, mit Schlüssellochtechnik

## Operationen

Gallenblasenentfernung

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

O Ja, offene OP

oder

○ Nein

Blinddarmentfernung	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Adipositas-Operation in der Vorgeschichte	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				im Jahr:
Operationen am Magen	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				
Operationen am Darm	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				
Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				
andere Operationen am Bauch	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				
Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)	○ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Welche:				
Sonstige Operationen:				

## Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	○ Nein	◯ Ja	
Essen Sie nachts?	○ Nein	◯ Ja	
Haben Sie Essanfälle?	○ Nein	◯ Ja	
Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ih	rer täglichen Mahlze	eiten:	
Haupt-Mahlzeiten pro Tag			
Neben-Mahlzeiten pro Tag			
Konsum zuckerhaltiger Getränke (Lite	r/Tag)		
Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversu	ıche an.		
Abnehmversuch 1	Abnehmversuch	n 2	Abnehmversuch 3
○ Keine	○ Keine		
	○ Stationäre/R	eha	◯ Stationäre/Reha
andere (ärztlich begleitet)		ich begleitet)	andere (ärztlich begleitet)
Optifast	Optifast	<i>J</i> ,	Optifast
○ Weight Watchers	○ Weight Watc	:hers	○ Weight Watchers
<ul><li>Multimodales Therapiekonzept</li></ul>		s Therapiekonzept	<ul><li>Multimodales Therapiekonzept</li></ul>
andere (nicht ärztlich begleitet)		t ärztlich begleitet)	andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr:	Jahr:		Jahr:
Dauer in Monaten:	Dauer in Monate	en:	Dauer in Monaten:
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
mehr als 30 kg	○ mehr als 30 k	кg	mehr als 30 kg
unbekannt	unbekannt		unbekannt
Machen Sie Sport oder gehen Sie eine	r körperlichen Aktiv	rität nach?   Nein	
		○ wenige	r als 1 Stunde pro Woche
			tunde pro Woche
		○ mehr als	s 2 Stunden pro Woche
Welche			

Erstvorstellung (27)

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

RSI - V	Vert (	lotal)		

sehr gut

gut

# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen Fragebogen zur Lebensqualität (BQL)

3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?

1	Fragebogen zur Lebensqualität	(DQL)				
		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommer
1.	Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
2.	Ich akzeptiere mein Gewicht.	<u> </u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>

schlecht

weniger gut teils/ teils

3.	Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<u> </u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>
		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4.	Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<u>O</u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>
5.	Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<u>O</u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>
6.	Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<u> </u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>
7.	Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
8.	Ich fühle mich manchmal depressiv.	<u>O</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
9.	Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	$\bigcirc$	0	$\circ$	$\circ$	0

10. Ich bin aufgrund meiner eingeschränkt.	körperlichen Situation	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
a) im Haushalt		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
b) im Beruf	nicht berufstätig	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
c) im Privatleben		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
11. Ich bin selbstsicher		<u> </u>	<u> </u>	○ 3	<u> </u>	<u> </u>



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!

Al	N WIE VIELEN DER LETZTEN 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 <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	0	0	$\circ$	$\circ$	0	0
b.	Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	0	0	0	0	0	0
c.	Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder</u> <u>Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	0	0	0	0	0	0	0
d.	Haben Sie sich dick gefühlt?	$\bigcirc$	$\bigcirc$	$\circ$	$\bigcirc$	$\bigcirc$	$\bigcirc$	0
e.	Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	0	$\circ$	0	0	0	$\circ$	0
		niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
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.)	0	0	0	0	0	0	0
		über- haupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
g.	Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <b>Gewicht</b> ?	0	0	0	0	0	0	0
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)?	0	0	0	0	0	0	0