

Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für eine Therapie in unserem Adipositaszentrum? Bitte beantworten Sie alle Fragen genau und bringen Sie diesen Fragebogen zur Erstvorstellung in die Sprechstunde mit. Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Ärzteteam

Chefarzt Dr. med. Oliver Ponsel

Oberärztin Dr. med. Karin Hüttner

Oberarzt Dr. med. (Univ. Niš) Filip Kostić

Oberarzt Dr. med. univ. Parvin Maharramov

Sprechstunde Alexandra Goldbaum-Carter

☎ (0921) 400 – 52 70

✉ adipositaszentrum@klinikum-bayreuth.de

Patientenkoordination Cindy Glod

☎ (0921) 400 – 52 72 ✉ cindy.glod@klinikum-bayreuth.de

1. **Anmeldung in der Patientenaufnahme** (Haupteingang): **20 - 30 Minuten vor dem Termin**

Bitte ziehen Sie hierfür eine Wartenummer.

2. **Ihr Termin im Adipositaszentrum** (6. Stock): am _____ um _____ Uhr

Bitte bringen Sie mit:

- Ausgefüllter Fragebogen
- Überweisung von Ihrem behandelnden Arzt
- Falls vorhanden, ärztliche Vorbefunde
- Ihre Versicherungskarte

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Handy

Email

Körpergröße cm Derzeitiges Gewicht kg

Was war Ihr Bisher Höchstes Gewicht? kg

In welchem Jahr wogen Sie am meisten?

Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig?

Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht? NEIN Mutter Vater
 Kind(er) Geschwister

Wie ist Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)? Frei mit Hilfsmitteln
 sehr eingeschränkt (immobil)

Was war bisher Ihr größter Abnehmerfolg in kg?

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt/ Ihrer Krankenkasse etc. durchgeführt?
..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg
..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg

Haben Sie eine Kur- bzw. Reha-Maßnahme im Zusammenhang mit dem Übergewicht gemacht?
..... Jahr: Dauer? Gewichtsverlust kg

Ernährungsangewohnheiten

Haben Sie Heißhungeranfälle? Häufig Selten NEIN
Stehen Sie nachts zum Essen auf? Ja NEIN
Essen Sie **täglich** Süßigkeiten? Ja NEIN
Wieviel Liter Softdrinks trinken Sie? Liter täglich
Anzahl der Hauptmahlzeiten täglich
Anzahl der Nebenmahlzeiten täglich

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

Diabetes (Zuckerkrankheit) Typ 2 JA NEIN seit welchem Jahr?
 Insulin Medikamente
Diabetes Typ 1 JA NEIN seit welchem Jahr?
Bluthochdruck JA NEIN
Erhöhte Blutfette / Cholesterin JA NEIN Weiß ich nicht
Schilddrüsenerkrankung JA NEIN Weiß ich nicht
Herzkrankheiten/Herzinfarkt JA NEIN
Schlaganfall JA NEIN
Schmerzen im Rücken JA NEIN
Schmerzen in Gelenken JA NEIN
Luftnot in Ruhe JA NEIN
Luftnot bei leichter Belastung JA NEIN
Schlafapnoe JA JA, mit Schlafmaske / CPAP-Therapie seit
(Atemaussetzer im Schlaf) NEIN Weiß ich nicht
Asthma JA NEIN
Gicht JA NEIN
Harninkontinenz JA NEIN
Sodbrennen JA NEIN Weiß ich nicht
Depressionen JA NEIN

Haben Sie **andere** Erkrankungen? JA Welche?

BEI FRAUEN

Hormonstörungen/Unfruchtbarkeit JA NEIN Weiß ich nicht
 Polyzystisches Ovarialsyndr. (PCO) JA NEIN Weiß ich nicht
 Haben Sie Zyklusstörungen? JA NEIN
 Ist Ihre Menopause schon eingetreten? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Medikament	Dosierung	Früh	Mittag	Abend

Haben Sie eine Allergie? JA NEIN Weiß ich nicht
 Wenn JA, welche?

Sind Sie einmal **am Bauch** operiert worden? JA NEIN

Blinddarm konservativ? Gallenblase Darm
 Bauchwandbruch Nabelbruch Magen

Andere größere Operationen?
 (Herz, Lunge, Gelenke, Rücken)

Ist bei Ihnen ein Krebsleiden bekannt? JA, welches?
 NEIN

Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs? JA NEIN

Rauchen Sie? NEIN JA
 Anzahl Zigaretten täglich
 Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol? NEIN gelegentlich selten regelmäßig

Treiben Sie **derzeit** regelmäßig Sport? JA NEIN

Wenn JA, was und wie viele Stunden?

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Welchen Schulabschluss haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule Mittlere Reife
 Hochschulreife

Welchen Berufsabschluss haben Sie? in Ausbildung Lehre Hochschule

Sind Sie derzeit berufstätig? nicht erwerbsfähig Vollzeit Teilzeit
 Hausfrau/Hausmann Rentner/-in Arbeitsunfähig

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Leben Sie in einer Partnerschaft? JA NEIN

Haben Sie Kinder? JA, wie viele? NEIN

Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch? JA NEIN

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? JA NEIN

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? JA NEIN

Bei welchem Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?

Was stört Sie an Ihrer derzeitigen Situation?

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren? Hausarzt Freunde Internet

Andere:

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation? (Falls zutreffend) JA NEIN

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Datum:

Unterschrift: