

## Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
Sie interessieren sich für eine Adipositas-Operation? Bitte beantworten Sie alle Fragen genau.  
Schicken oder mailen Sie uns diesen Fragebogen. Wir vereinbaren dann einen Termin mit Ihnen  
zur Erstvorstellung in unserer Sprechstunde.

---

**Tel.: (040) 2092-7501 Fax: (040) 2092-7502 E-Mail: AdipositasKlinik@schoen-klinik.de**

Patientenkoordination:

Carolin Schoop  
Isabell Irmscher  
Ute Sindt

Antragsberatung:

Nicolle Hertel  
Vanessa Stüdemann

---

Ärzteteam:

Dr. Johannes Sander	Chefarzt	Dr. Ildiko Ockert-Belz	Fachärztin
Dr. Torsten Schorp	Leitender Oberarzt	Dr. Inga Böckelmann	Fachärztin
Christine Schmeer	Oberärztin	Andrea Grabenhorst	Assistenzärztin
Dr. Hannes Gögele	Oberarzt	Sina Gröhn	Arzt- und Stationsassistentin
Dr. Thilo Schulte	Oberarzt		

---

**Bitte füllen Sie den Bogen in Druckschrift aus!**

Name ..... Vorname .....

Geschlecht ( ) männlich ( ) weiblich Geburtsdatum.....

Telefon ..... Handy .....

Adresse .....

PLZ ..... Ort .....

E-Mail .....

---

Körpergröße ..... cm

Derzeitiges Gewicht ..... kg      Höchstes Gewicht ..... kg

Wunschgewicht ..... kg

Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig? .....

In welchem Alter wogen Sie am meisten? .....

Gibt es in Ihrer Familie massives Übergewicht?      ( ) Ja                      ( ) Nein

Hatten Sie bereits eine Adipositas-Operation?      ( ) Ja                      ( ) Nein

Bitte nennen Sie mehrere Versuche, Ihr Gewicht zu verringern:

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

---

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt / Krankenkasse durchgeführt?

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

---

Haben Sie Heisshungeranfälle? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten? ( ) Ja ( ) Nein

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Essen Sie Fast Food? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Trinken Sie Softdrinks? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Essen Sie zwischendurch? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Essen Sie Süßigkeiten? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

Leiden Sie stark unter Hungergefühl? ( ) Häufig ( ) Selten ( ) Nie

---

Rauchen Sie? ( ) Ja ( ) Nein Seit wie vielen Jahren? .....

Anzahl Zigaretten ..... pro Tag PY: .....  
(wird vom Arzt ausgefüllt)

Trinken Sie Alkohol? ( ) Nein ( ) Gelegentlich

( ) Täglich 1x / Woche

Konsumieren Sie andere Drogen?

Wenn ja, welche .....

---

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben? ( ) Ja ( ) Nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? ( ) Ja ( ) Nein

Wenn JA, was und wie viele Stunden pro Woche? .....

Wenn NEIN, aus welchen Gründen? .....

**Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?**

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| Bluthochdruck                                    | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)              | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Wenn JA, seit welchem Jahr? .....                | <input type="checkbox"/> Typ 1            | <input type="checkbox"/> Typ 2       |
|  | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| Schilddrüsenerkrankung                           | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Erhöhte Blutfette / Cholesterin                  | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Herzkrankheiten / Herzinfarkt                    | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Schlaganfall                                     | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Asthma bronchiale                                | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Schmerzen im Rücken                              | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Hatten Sie bereits eine Rückenoperation?         | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Schmerzen in Hüft-, Fuß-, oder Kniegelenk        | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk? | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Luftnot bei leichter Belastung                   | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Luftnot in Ruhe                                  | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Depressionen                                     | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)            | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Wenn JA, haben Sie eine CPAP-Maske?              | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |
| Sodbrennen                                       | <input type="checkbox"/> Ja               | <input type="checkbox"/> Nein        |

Andere Erkrankungen .....

.....

.....

.....

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

