

## Adipositas Klinik

Schön Klinik Hamburg Eilbek  
Dehnhaide 120  
22081 Hamburg

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](mailto:AdipositasKlinik@schoen-klinik.de)**

Patientenkoordination:  
Carolin Schoop  
Isabell Irmischer  
Ute Sindt

Antragsberatung:  
Nicolle Hertel  
Nicole Töpfer

---

Ärzteteam:

Dr. Beate Herbig	Chefärztin	Dr. Hannes Gögele	Facharzt
Dr. Johannes Sander	Leitender Arzt	Dr. Ildiko Ockert-Belz	Fachärztin
Dr. Torsten Schorp	Oberarzt	Dr. Inga Böckelmann	Fachärztin
Christine Schmeer	Oberärztin	Andrea Kleinau	Assistenzärztin
		Jessica Koop, B. Sc.	Physician Assistant

---

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

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
------------	-------------------------	-------------------------

---

Hatten Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion?

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

---

Haben Sie Heisshungeranfälle?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Stehen Sie nachts zum Essen auf?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie Fast Food?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie oft Softdrinks?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie oft zwischendurch?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie stark unter Hungergefühl?	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Nein

---

Rauchen Sie?  JA  NEIN Seit wie vielen Jahren? .....

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

Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich
	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> 1x / Woche

---

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben?  Ja  Nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?  Ja  Nein

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

Wenn NEIN, aus welchen Gründen? .....

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

Bluthochdruck  Ja  Nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  Ja  Nein

Typ1  Typ2

Wenn JA, seit welchem Jahr? .....

Insulinpflichtig  Medikamente

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Erhöhte Blutfette / Cholesterol  Ja  Nein

Herzkrankheiten / Herzinfarkt  Ja  Nein

Schlaganfall  Ja  Nein

Asthma bronchiale  Ja  Nein

Schmerzen im Rücken  Ja  Nein

Hatten Sie bereits eine Rückenoperation?  Ja  Nein

Schmerzen in Hüftgelenken  Ja  Nein

Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?  Ja  Nein

Schmerzen in Kniegelenken  Ja  Nein

Haben Sie ein künstliches Kniegelenk?  Ja  Nein

Schmerzen in Fußgelenken  Ja  Nein

Luftnot bei leichter Belastung  Ja  Nein

Luftnot in Ruhe  Ja  Nein

Depressionen  Ja  Nein

Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)  Ja  Nein

Wenn JA, haben Sie eine CPAP-Maske?  Ja  Nein

Sodbrennen  Ja  Nein

Hormonstörungen / Unfruchtbarkeit  Ja  Nein

Andere Erkrankungen .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  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"/>
Medikament .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie einmal im Bauch operiert worden?  Ja  Nein

Wenn JA, bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Magen
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Darm
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	

Hatten Sie bereits eine Adipositas Operation?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs?

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

Haben Sie eine Allergie?  Ja  Nein

Wenn JA, welche? .....

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/> Keinen	
<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> Ausbildung
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	

Sind Sie derzeit berufstätig?  Ja  Nein

Wenn JA, bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
-----------------------------------	-----------------------------------

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? .....

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Ja  Nein

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn JA, wann zuletzt? .....

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn JA, bei .....

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation?  Ja  Nein

---

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?

- Hausarzt
- Freunde
- Internet
- Andere: .....

---

Wie sind Sie versichert?

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Selbstzahler

---

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass die Schön Klinik Hamburg Eilbek Sie für eine Terminvereinbarung und -erinnerung per Telefon / Mobiltelefon / SMS kontaktieren darf.

Datum .....

Unterschrift .....

Bitte senden / mailen oder faxen  
Sie den Fragebogen an:

Schön Klinik Hamburg Eilbek  
Adipositas Klinik  
Dehnhaiide 120  
22081 Hamburg