

Adipositas Klinik

Schön Klinik Hamburg Eilbek
Dehnhaiide 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

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 | Andrea Kleinau | Assistenzärztin |
| Dr. Torsten Schorp | Oberarzt | Jessica Koop, B. Sc. | Physician Assistant |
| Christine Schmeer | Oberärztin | | |

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? Gewichtsverlustkg
Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg
Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt / Krankenkasse durchgeführt?

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Hatten Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion?

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg
Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg
Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 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? Nein Gelegentlich
 Täglich 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

Medikament

Medikament

Medikament

Medikament

Medikament

Sind Sie einmal im Bauch operiert worden?

Ja Nein

Wenn JA, bitte ankreuzen

Blinddarm Magen

Gallenblase Darm

Gebärmutter

Hatten Sie bereits eine Adipositas Operation?

Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs?

Ja Nein

Unbekannt

Haben Sie eine Allergie?

Ja Nein

Wenn JA, welche?

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

Keinen

Lehre Ausbildung

Hochschulabschluss

Sind Sie derzeit berufstätig?

Ja Nein

Wenn JA, bitte ankreuzen

Vollzeit 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:

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 kontaktieren darf.

Datum

Unterschrift

Bitte senden / mailen oder faxen
Sie den Fragebogen an:

Schön Klinik Hamburg Eilbek
Adipositas Klinik
Dehnhaiide 120
22081 Hamburg