



Fragebogen Adipositas

Name		
Vorname		
Geburtsdatum	Alter	
Adresse		
Krankenkasse		
Haben Sie wegen Ihres Übergewichtes schon einmal Kontakt zu Ihrer Krankenkasse aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausarzt		
Zuweisender Arzt		
Größe	Gewicht	BMI
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> alleinstehend		
Schulabschluß, Beruf, berufstätig?		
Seit wann sind Sie übergewichtig?		
Sind andere Familienmitglieder auch übergewichtig?		
Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Erstellt 01.02.2011	Geprüft OÄ Klein	Freigabe 01.02.2011	Version 1	Revision 1
		OÄ Klein	Lfd. Nr. 1	Lfd. Nr. 2
Datum:	Datum:	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.08.2016



ohne Anleitung: Name der Diät: wann? Wie lange? Wieviel abgenommen?

unter Anleitung? Wenn ja wo: (z.B. Weight Watchers, Mobilis, Optifast) wann? Wie lange? Wieviel abgenommen?

stationär, z.B. als Reha-Maßnahme:

wie lange konnten Sie Ihr Gewicht halten?

Haben Sie nach der Diät mehr zugenommen als Ihr Ausgangsgewicht?

Waren Sie schon mal zur Ernährungsberatung? Wenn ja: wie oft und wann

Haben Sie schon mal Medikamente zum Abnehmen eingenommen?
(z.B. Xenecal®, Reductil®, Matricur®)

Essverhalten: wieviele Mahlzeiten/Tag, Zwischenmahlzeiten?
Vorlieben: z.B. eher salziges oder fettiges Essen

Essen Sie viel Süßes? z.B. Cola, Speiseeis, Trinkschokolade

Was trinken Sie? Alkohol?

Haben Sie Heißhungeranfälle?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?

Erbrechen Sie nach dem Essen?

Erstellt 01.02.2011	Geprüft OÄ Klein	Freigabe 01.02.2011	Version 1	Revision 1
		OÄ Klein	Lfd. Nr. 1	Lfd. Nr. 2
Datum:	Datum:	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.08.2016



Nehmen Sie an einer Selbsthilfgruppe teil? Wenn ja wo?

Treiben Sie Sport? z.B. Spaziergehen, mit dem Hund raus? Wie oft ? wie lange?

Sind Sie Mitglied in einem Sportverein o. Fitneßstudio?

Haben Sie früher Sport getrieben?

Bestehen bei Ihnen psychische Erkrankungen? z.B. Depression, Bulimie

Waren oder sind Sie deshalb in Behandlung? Wenn ja wo, wann, wie lange

Nehmen Sie deshalb Medikamente ein?

Waren Sie deshalb schon stationär in einem Krankenhaus?

Erfolgte bei Ihnen eine endokrinologische Abklärung? wann, wo, Befunde z.B. Schilddrüse

Besteht bei Ihnen eine Schlafapnoe? Schnarchen Sie? Sind Sie tagsüber müde?

Wenn ja wo wurde diese diagnostiziert?

Benutzen Sie eine CPAP-Maske? o. BiPAP?

Erstellt 01.02.2011	Geprüft OÄ Klein	Freigabe 01.02.2011	Version 1	Revision 1
		OÄ Klein	Lfd. Nr. 1	Lfd. Nr. 2
Datum:	Datum:	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.08.2016



Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen:

Diabetes: Typ, seit wann, Med., Insulin, Diabetesprogramm, Behandler

Herzerkrankung z.B. Herzinfarkt, Bypass, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck

Orthopädische Probleme z.B. Arthrose der Kniegelenke o. Hüftgelenke

Sind Sie deswegen in Behandlung?

Lungenerkrankungen z.B. Asthma

Nierenerkrankungen z.B. Niereninsuffizienz

Sonstige Erkrankungen

Voroperationen

Erstellt 01.02.2011	Geprüft OÄ Klein	Freigabe 01.02.2011	Version 1	Revision 1
		OÄ Klein	Lfd. Nr. 1	Lfd. Nr. 2
Datum:	Datum:	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.08.2016



Wurde schon mal eine Gastroskopie (Magenspiegelung) oder Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?

Besteht bei Ihnen eine sogenannte Refluxkrankheit? Sodbrennen?

Nehmen Sie deshalb Medikamente ein?

Besteht der Wunsch einer Schwangerschaft?

Besteht bei Ihnen ein pollyzystisches Ovarialsyndrom?

Wann war die letzte gynäkologische oder urologische Untersuchung?

OP-Indikation, welches Verfahren

Ausstehende Untersuchungen

Bemerkungen:

_____ Datum

_____ Unterschrift Arzt

Erstellt 01.02.2011	Geprüft OÄ Klein	Freigabe 01.02.2011	Version 1	Revision 1
		OÄ Klein	Lfd. Nr. 1	Lfd. Nr. 2
Datum:	Datum:	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.02.2011	Datum: 01.08.2016