



Adipositas-Programm Hamburg

Leitende Ärztin:

Dr. med. Beate Herbig
e-mail: beate.herbig@d-k-h.de

Anmeldung: Frau Hielscher

Tel: 7 90 20 – 21 01
Fax: 7 90 20 – 21 09

Fragebogen für Adipositas-Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte beantworten Sie **alle** Fragen genau und ausführlich,
bevor wir einen Termin für eine persönliche Vorstellung vereinbaren können.

Name

Telefon

Vorname

Handy

Geburtsdatum

e-mail

Alter

Adresse.....

Körpergrößecm

Jetziges Körpergewichtkg

Höchstes je erreichtes Gewichtkg

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

Übergewichtig seit welchem Lebensjahr.....

Wunschgewicht?.....kg

Was bedeutet diese kg-Zahl für Sie?

.....

Leiden Sie an Allergien?

JA NEIN

Nehmen Sie Medikamente ein?

JA NEIN gelegentlich

Wenn ja, welche?.....

.....
.....
.....
.....

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Erhöhte Blutfette | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Herzkrankheiten | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Lungenkrankheiten | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Erhöhte Harnsäure / Gicht | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Schmerzen im Rücken | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Schmerzen in der Hüfte | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Schmerzen in den Kniegelenken | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Schmerzen in Knöcheln / Füßen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Luftnot bei leichter Belastung | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Luftnot in Ruhe | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Depressionen | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Unkontrollierter Urinabgang | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Haben Sie eine Schlafapnoe? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Haben Sie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | |

Sind Sie schon einmal operiert worden?

JA NEIN

Wenn ja, welche Operationen?

.....
.....

Wer aus Ihrer Familie leidet an massivem Übergewicht?
(Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel?)

.....

Dieser Abschnitt ist sehr wichtig.
Bitte nehmen Sie sich deshalb Zeit, ihn genau zu beantworten

Bitte nennen Sie alle Diäten, die Sie bisher über mehrere Wochen durchgeführt haben:

Diät:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Haben Sie eine Diät mit Ihrem Hausarzt oder Ihrer Krankenkasse durchgeführt ?

Mit wem?:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Mit wem?:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Mit wem?:Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Haben Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion durchgeführt ?

Klinik :Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Klinik :Wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Klinik: Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

.....
.....

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? ° JA ° Nein

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ° JA ° Nein

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben einer Operation: ° JA ° Nein

Datum: Unterschrift:

(Stand 03.02.2011)

Bitte senden Sie den Fragebogen an folgende Adresse:

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG, Hohe Weide 17, 20259 Hamburg