

Bitte füllen Sie diesen Bogen komplett und gewissenhaft aus. Er stellt ein sehr wichtiges Dokument für eine optimale Untersuchung und Behandlung dar.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden (08856-910-131 /  
SprechstundenChirurgie.Penzberg@starnberger-kliniken.de ).

Bitte den Bogen ausgefüllt persönlich oder per Mail als PDF abgeben.

### Angaben zur Person

Datum			
Name			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsdatum			
Körpergröße		Aktuelles Gewicht	
Straße + Hausnummer			
PLZ + Ort			
Telefonnummer		Handynummer	
Mailadresse			
Krankenkasse			
Hausarzt (Adresse und Telefonnr.)			
Diabetologe (Adresse und Telefonnr.)			
Weitere Ärzte			

Übergewicht besteht seit Lebensjahr:			
Was war Ihr höchstes Übergewicht seit dem 18.Lj			
Was war Ihr niedrigstes Gewicht?			
Ihre bisher größte Gewichtsabnahme:			
Ihr Wunschgewicht liegt bei:			
Sie sind aber auch zufrieden, wenn Sie folgendes Gewicht erreichen:			
Wie viel möchten Sie in einem Jahr wiegen?			
Leben Sie in einer Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Anzahl leiblicher Kinder		Alter	
Unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:	<input type="checkbox"/> Ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hochschulreife <input type="checkbox"/> Mittelschule/ Qualifizierender Abschluss <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Anderer:		
Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung <input type="checkbox"/> Fach-/Meister-/Technikerschule/-lehre <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> andere		
Sind Sie derzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> Vollzeit (> 35h/ Woche) <input type="checkbox"/> Teilzeit (15 - 35h/ Woche) <input type="checkbox"/> Teilzeit (<15h/ Woche) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> berentet <input type="checkbox"/> Anderes:		

Schichtarbeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
----------------	---	--	--

# Verfahrensanweisung

## Anamnesebogen Adipositaschirurgie

Gibt es Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?	Mutter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Vater	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Kind (-er)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt/ unzutreffend
	Geschwister	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt/ unzutreffend
Ihre Beweglichkeit außer Haus	<input type="checkbox"/> Frei <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt			
Welche Beschwerden haben Sie aktuell?				

Krankheit	Ja, seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Diabetes Typ 1			
Diabetes Typ 2			
Bluthochdruck			
Schlafapnoe (Atemaussetzer in der Nacht)			
Fettstoffwechselstörung			
Harnsäureerhöhung/Gicht			
Polyzystischen Ovarialsyndrom (PCO)			
Gelenkerkrankungen/Schmerzen, Welche?			
Leiden Sie unter Depressionen?			
Leiden Sie unter Harninkontinenz?			
Leiden Sie unter Sodbrennen?			
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?			
für Frauen: Leiden Sie unter Zyklustörungen?			
Haben Sie bereits Ihre Wechseljahre?			
Herzerkrankungen			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale			
Verengung der Halsschlagader			
Verengung der Beinengefäße			

Krankheit	Ja, seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Schilddrüsenerkrankungen			
Hormonstörungen			
Nierensteine			
Gallensteine			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung			
Rheumatische Erkrankungen			
Autoimmunerkrankungen			
Aufstoßen			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut			
Magengeschwür			
Allergien			
weitere:			

### Diabetes Anamnese (nur auszufüllen, wenn eine Blutzucker-Erkrankung vorliegt)

Diabetes bekannt seit	dem Jahr:
Diabetes Typ	
Letzter HbA1c Wert (wann?)	

Behandlung mit oralen Diabetika:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Insulinbehandlung seit:		
Name des Insulins	Langzeit	
	Kurzzeit	
	Mischinsulin	

# Verfahrensanweisung

## Anamnesebogen Adipositaschirurgie

Insulingabe		Dosis	BE-Faktor	BZ Ziel	BZ-Korrektur
	Morgens				
	Mittags				
Selbstkontrolle	Abends				
	Blutzucker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Gewebezucker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Pumpe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Name der Pumpe				
	Injection	<input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	
	Tagebuch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Schwere Hypoglykämie (Mit Fremdhilfe)	Gesundheitspass Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Wie oft in den letzten 12 Monaten?				

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Mit Dosierung)	Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Wurden Sie schon einmal operiert?	Operation/ wann?	Nein	Ja, offen	Ja, minimal-invasiv
	Gallenblasenentfernung			
	Blinddarmentfernung			
	Adipositasoperation in der Vorgeschichte Welche?			
	Operation am Magen Welche?			
	Operation am Darm Welche?			
	Operation an der Bauchwand Welche?			
	Andere Operationen am Bauch Welche?			
	Operationen an der Gebärmutter oder den Eierstöcken Welche?			
	Sonstige Operationen			

Schnarchen Sie?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja	Sind Sie deshalb bereits untersucht worden (z.B. Schlaflabor)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Sind Sie tagsüber extrem müde?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden beim Wasserlassen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden beim Stuhlgang?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nächtliches Wasserlassen?		mal/Nacht	

### Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung?			
Wann war letzte Regelblutung?			
Hormonersatztherapie?			
Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft eine Schwangerschaftsdiabetes oder eine Prä-klampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?			
Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Verhütungsmaßnahmen:	Pille	Spirale	Kondom
	Sterilisation	Andere	
Geburten			

### Nur für Männer

Haben Sie Erektionsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Haben Sie Prostatavergrößerung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

**Fragen zur Familiengeschichte**

Bitte ein Kreuz machen für "Ja"

<b>Erkrankungen</b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>	<b>Kinder</b>	<b>Geschwister</b>	<b>Großeltern</b>	<b>Partner</b>
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße						
Nierenerkrankungen						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

**Fragen zum Sodbrennen/Reflux**

Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme	0	1	2	3	4	5
Häufiges Räuspern	0	1	2	3	4	5
Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase	0	1	2	3	4	5
Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	0	1	2	3	4	5
Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen	0	1	2	3	4	5
Atemprobleme oder Hüsteln	0	1	2	3	4	5
Starker quälender Husten	0	1	2	3	4	5
Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl	0	1	2	3	4	5
Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säuerungsrückfluss	0	1	2	3	4	5

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht/ Ihre Körperform?	<input type="checkbox"/> Wiegen	Mal/Tag	/Woche	/Monat
	<input type="checkbox"/> Eigene Messung des Bauchumfangs			
	<input type="checkbox"/> Änderung der Kleidergröße	<input type="checkbox"/> Änderung der Gürtellänge		
Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

## Verfahrensanweisung

### Anamnesebogen Adipositaschirurgie

Essen Sie nachts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Essanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:	Haupt-Mahlzeiten pro Tag: Neben-Mahlzeiten pro Tag: Konsum zuckerhaltiger Getränke Liter/Tag:	

	1. Abnehmversuch	2. Abnehmversuch	3. Abnehmversuch
Keine			
stationäre Reha			
Andere (ärztlich begleitet)			
Optifast			
Weight Watchers			
Multimodales Therapiekonzept			
Andere (nicht ärztlich begleitet)			
Jahr			
Dauer in Monaten			
Gewichtsverlust in Kilo:			
Keinen			
Bis 10 Kilogramm			
11-20 Kilogramm			
21-30 Kilogramm			
Mehr als 30 Kilogramm			
Unbekannt			

Wie häufig haben Sie bereits Diäten durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Noch nie	<input type="checkbox"/> 1 – 5 mal	<input type="checkbox"/> 6 – 9 mal
	<input type="checkbox"/> >10 mal	<input type="checkbox"/> Regelmäßig 2 mal/Jahr	<input type="checkbox"/> Halte ständig Diät

### Fragen zu Ihrer Lebensqualität

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	teilweise	stimmt eher	Stimmt vollkommen
Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden	1	2	3	4	5
Ich akzeptiere mein Gewicht	1	2	3	4	5
Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen	1	2	3	4	5
Ich bin sozial aktiv (Freunde und Bekannte)	1	2	3	4	5
Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	1	2	3	4	5
Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt	1	2	3	4	5
Ich fühle mich manchmal depressiv	1	2	3	4	5
Ich bin im Großen und Ganzen mit meinem Leben zufrieden	1	2	3	4	5
Ich bin in körperlichen Situationen eingeschränkt	1	2	3	4	5
im Haushalt	1	2	3	4	5
im Beruf <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	1	2	3	4	5
im Privatleben	1	2	3	4	5
Ich bin selbstsicher	1	2	3	4	5

**Fragebogen bei Esstörungen**  
**Eating Disorder Examination (bitte Antwort einkreisen)**

1. Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?

kein Tag      1-5 Tage      6-12 Tage      13-15 Tage      16-22 Tage      23-27 Tage      jeden Tag  
0              1              2              3              4              5              6

2. Haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?

kein Tag      1-5 Tage      6-12 Tage      13-15 Tage      16-22 Tage      23-27 Tage      jeden Tag  
0              1              2              3              4              5              6

3. Hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?

kein Tag      1-5 Tage      6-12 Tage      13-15 Tage      16-22 Tage      23-27 Tage      jeden Tag  
0              1              2              3              4              5              6

4. Haben Sie sich dick gefühlt?

kein Tag      1-5 Tage      6-12 Tage      13-15 Tage      16-22 Tage      23-27 Tage      jeden Tag  
0              1              2              3              4              5              6

5. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?

kein Tag      1-5 Tage      6-12 Tage      13-15 Tage      16-22 Tage      23-27 Tage      jeden Tag  
0              1              2              3              4              5              6

6. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d.h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)?

(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)

niemals      in seltenen Fällen      in weniger als die Hälfte der Fälle      in der Hälfte der Fälle  
0              1              2              3

in mehr als der Hälfte der Fälle      in den meisten Fällen      jedes Mal  
4              5              6

7. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?

überhaupt nicht      zw. nicht u. leicht      leicht      zw. leicht u. mäßig      mäßig      zw. mäßig u. deutlich      deutlich  
0              1              2              3              4              5              6

8. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z.B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden und Duschen)?

überhaupt nicht      zw. nicht u. leicht      leicht      zw. leicht u. mäßig      mäßig      zw. mäßig u. deutlich      deutlich  
0              1              2              3              4              5              6

Warum möchten Sie abnehmen?		
Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Weniger als 1h pro Woche
	<input type="checkbox"/> 1 – 2h pro Woche	<input type="checkbox"/> Mehr als 2h pro Woche
	Welche?	
Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach den Schwangerschaften.		

### Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?	
Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer?	
Davon beruflich bedingt	
Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?	
Welchen Sport?	
Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche	

Haben Sie Luftnot bei Bewegung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Schämen Sie sich beim Sport, z.B. Schwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Raucher seit	Zigaretten/Tag			
Nichtraucher seit				
Ex-Raucher seit				
Geraucht über	Jahre	Zigaretten/Tag		
Essen Sie oft Außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Welche alkoholischen Getränke nehmen Sie zu sich?	<input type="checkbox"/> Bier	<input type="checkbox"/> Wein	<input type="checkbox"/> Spirituosen	<input type="checkbox"/> Cocktails Alkopops
Aus welchen Gründen?	Mal/Woche			
	<input type="checkbox"/> Genuss		<input type="checkbox"/> Um Schlafen zu können	
	<input type="checkbox"/> Alltagsgewohnheit		<input type="checkbox"/> Um von Problemen abgelenkt zu werden	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Um abzuspannen		<input type="checkbox"/> Geschieden	
	<input type="checkbox"/> Verheiratet/ Partnerschaft		<input type="checkbox"/> Single	
	<input type="checkbox"/> Verwitwet			
Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemein- schaft mit anderen?				

### Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzei- ten, essen Sie pro Tag?		
Wie essen Sie?	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> bewusst
	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> Zeitung lesend
	<input type="checkbox"/> Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Wo essen Sie?	<input type="checkbox"/> Im Wohnzimmer	<input type="checkbox"/> In der Küche
	<input type="checkbox"/> Bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> unterwegs
	Andere:	
Wer kocht im Haushalt?		
Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich?		
Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Was essen Sie am liebsten?		
Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie allergisch?		
Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?		

## Verfahrensanweisung

### Anamnesebogen Adipositaschirurgie

Haben Sie ein Sättigungsgefühl?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Essen Sie Zwischenmahlzeiten?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Essen Sie Fast-Food?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zu essen zu holen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Bekommen Sie Heißhungerattacken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wie oft und wann:				
Was trinken Sie?	<input type="checkbox"/> Mineralwasser	<input type="checkbox"/> Cola, Fanta		
	<input type="checkbox"/> Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/> Kaffee		
	<input type="checkbox"/> Tee	<input type="checkbox"/> anderes		

### Meine Tagesübersicht

**KOPIERVORLAGE**  
BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN

WICHTIG: Bitte Mengen angeben

Name			
Geburtsdatum			
Datum		Wochentag	

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück		
Eventuell Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Eventuell Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport	<input type="checkbox"/> Ja (welche Sportart, wie lange)
	<input type="checkbox"/> Nein

Besonderheiten an diesem Tag (z.B. Grillparty, Geburtstag)	
---	--

# Verfahrensanweisung

## Anamnesebogen

### Adipositaschirurgie

Tag	Aktivität Art der Bewegung (Schwimmen, Radfahren)	Dauer (in Minuten)	Summe (in Minuten)
Montag			
			
Dienstag			
			
Mittwoch			
			
Donnerstag			
			
Freitag			
			
Samstag			
Sonntag			
<b>Wochenergebnis</b>			<b>Minuten ingesamt</b>