

Sehr geehrte/r Patient/in,

Sie haben einen Termin in unserer Sprechstunde erhalten.

Hiermit erhalten Sie unsere Mappe mit den notwendigen Unterlagen zur Erstvorstellung.

**Bitte bringen Sie diese vollständig ausgefüllt zu Ihrem Termin mit!**

Weiterhin benötigen wir von Ihnen

- eine aktuelle Laboruntersuchung vom Arzt (nicht älter als 6 Monate):  
notwendige Werte: kleines Blutbild, TSH, T3,T4, Cortisol, Elektrolyte (Na,K,Ca), Leberwerte (GOT, GPT, yGT, Bilirubin), CRP, HbA1c
- Ihre Versicherungskarte
- Wenn möglich:  
Psychologisches Attest: Ausschluss von instabilen Psychopathologika
- Wenn möglich:  
Endokrinologisches Attest: Ausschluss von endokrinen Ursachen der Adipositas
- Wenn vorhanden, weitere Befunde, Bescheinigungen (Reha oä), Arztbriefe etc

**Eine Überweisung vom Internist/ Innere Medizin ODER Orthopädie ODER Chirurgie**

Eine Überweisung vom Hausarzt können wir leider NICHT abrechnen

Für die Beratung OHNE Überweisung müssen wir sog. IGEL-Leistungen in Höhe von 20 € berechnen.  
Eine Gutachtenerstellung (sofern notwendig/gewünscht) wird mit 45 € als IGEL-Leistung berechnet.  
**Zahlungen sind in bar oder mit ec-Karte möglich.**

**Sie finden das Adipositaszentrum im TRIAMEDIS Ärztehaus.  
Dies befindet sich gegenüber des Haupteingangs der Klinik!**

Des Weiteren finden Sie unter der Internetadresse: [www.adipositaschirurgie-frankfurt.de](http://www.adipositaschirurgie-frankfurt.de) eine hinterlegte Patientenbroschüre und alle zum Thema Adipositas.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr

Adipositaszentrum  
Krankenhaus Nordwest

**Basisinformationen Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Handy-Nummer \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Frau/Herr Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ; Ort \_\_\_\_\_

**Weitere behandelnde Ärzte:**

Frau/Herr Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ; Ort \_\_\_\_\_

**Weitere behandelnde Ärzte:**

Frau/Herr Dr. med.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ; Ort \_\_\_\_\_

**Psychotherapeut:**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ; Ort \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Angaben für die weitere Behandlung verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## **Medizinische Daten**

Bitte kreuzen Sie an, welche behandlungsbedürftigen Erkrankungen bei Ihnen vorliegen und wann diese diagnostiziert wurden:

- Bluthochdruck (Hypertonie) seit: .....
- Diabetes mellitus Typ I seit: .....
- Diabetes mellitus Typ II seit: .....
  - Orale Antidiabetika seit:.....
  - Insulinpflichtig seit: .....
- Gicht (Hyperurikämie) seit: .....
- Erhöhte Triglyceride seit: .....
- Erhöhtes Cholesterin seit: .....
- Herz- Kreislauf-Erkrankungen seit: .....
- Erkrankung der Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Leber, Galle) seit: .....
- Bekannte Essstörung seit: .....
- Lebensmittelunverträglichkeiten und – allergien seit: .....  
Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?  
.....
- Andere Erkrankungen mit Diagnosedatum:  
.....  
.....
- Drogen-/ Alkohol/- Medikamenten-Mißbrauch
- Rauchen seit: .....
- Allergien .....

## **Vor-Operationen:**

Bitte geben Sie an, wann und an was Sie bisher operiert wurden:

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

## **Familienanamnese**

Kreuzen Sie bitte an, welche Erkrankungen in Ihrer Familie vorkommen (bei Eltern, Großeltern und/oder Geschwistern)?

- Bluthochdruck, bei .....
- Übergewicht, bei .....
- Fettstoffwechselstörung, bei .....
- Diabetes mellitus Typ II, bei .....
- Herz- Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall),  
bei.....
- Gicht (Hyperurikämie), bei .....

## Medikamentenanamnese

Bitte schreiben Sie genau auf, welche Medikamente in welcher Dosierung Sie wann einnehmen müssen. Alternativ können Sie auch eine Medikamentenliste von Ihrem Hausarzt einreichen.

Medikament	Dosierung	Einnahmezeitpunkt

## **Sozialanamnese**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Berufs- und Privatleben:

### **Erlerner Beruf:**

---

### **Derzeitige berufliche Tätigkeit (Voll – oder Teilzeit):**

---

### **Familiäre Situation:**

- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet
- Partnerschaft
- Allein lebend
  
- Kinder (Zahl, Geschlecht, Alter): \_\_\_\_\_

### **Minderung der Erwerbsfähigkeit/ Berentung/ Pflegestufe?**

- Ja: GdB: \_\_\_\_\_%
- Nein

Wenn Sie hier ein „Ja“ angekreuzt haben, legen Sie uns bitte eine Kopie Ihres Ausweises vor.

## Chronologisches Gewichtsprotokoll

Bitte schreiben Sie so genau wie möglich auf, wann (= Jahr) Sie in Ihrem Leben wie viel (Kilogramm) gewogen haben:

Als Kind/ Jugendlicher:

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

Als Erwachsener:

Datum	Gewicht
z.B. September 2006	150 kg

Erstmalig Gewicht über 100 kg:

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

Bisheriges Höchstgewicht (wann/ wie viel):

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

Angestrebtes Zielgewicht:

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

## **Bisherige konservative Therapieversuche**

Welche konservativen Therapieversuche haben Sie bislang unternommen?

Ernährungsberatung:

- nein
- ja:
  - Einzelberatung: .....
  - Gruppenberatung: .....

Diät/ Adipositasprogramm (z.B. Optifast, Weight Watchers, Formuladiäten):

- nein
- ja, folgende:
  - .....
  - .....

Bewegungstherapie (mind. 2h/Woche) oder körperlich anstrengende berufliche Tätigkeit:

- nein
- ja, folgende:
  - .....
  - .....

Medikamente (z. Bsp. Xenical®, Reductil®):

- nein
- ja, folgende:
  - .....
  - .....

Kur/ Reha/ Krankenhaus

- nein
- ja, folgende:
  - .....
  - .....

Verhaltenstherapie/ Psychotherapie

- nein
- ja, folgende:
  - .....
  - .....

Sonstige?

.....  
.....

## Aufstellung der Diäten

Bitte schreiben Sie so genau wie möglich auf, wann (=Jahr) Sie welche Diäten (=Name der Diät) über welchen Zeitraum (=Tage, Wochen, Monate, Jahre) und mit welchem Erfolg =wie viel Kilogramm Gewichtsverlust) gemacht haben:

Jahr	Diät	Zeitraum	Erfolg
<u>Beispiel:</u> 2010	Optifast am Klinikum Nord, Nürnberg	Januar 2010 bis Dezember 2010	- 40 kg, von 160kg auf 120 kg



## Derzeitige sportliche Aktivität

Bitte notieren Sie, ob Sie derzeit regelmäßig sportlich aktiv sind und wenn ja was und wie oft:

- **Ich bin derzeit nicht sportlich aktiv.**

Begründung: \_\_\_\_\_

- **Ich bin sportlich aktiv:**

Sportart	Häufigkeit pro Woche

- **Welche Hobbys haben Sie mit denen Sie sich regelmäßig beschäftigen?**

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

- **Alltagsbewegung:**  
(Treppensteigen, Gartenarbeit, mit dem Rad zur Arbeit, Hundespaziergang,...)

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

- **Geraten Sie außer Atem bzw. ins Schwitzen wenn Sie 3 Stockwerke Treppen steigen?**

Ja       Nein

mehr als 3 Stockwerke zu steigen ist nur noch mit Pausen möglich

**Angaben zum Essverhalten:**

Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, was auf Sie zutrifft:

	Täglich	Mehrmals die Woche	Selten	Nie
Essen Sie regelmäßig?				
Wenn Sie essen, dann				
...frühmorgens				
...mittags				
...nachmittags				
...abends				
...spätabends				
...nachts				
Nehmen Sie sich Zeit zum essen? (mind. 15 min pro Mahlzeit)				
Verspüren Sie ein Hungergefühl?				
Verspüren Sie ein Sättigungsgefühl?				
Essen Sie nur wenn Sie Hunger haben?				
Essen Sie wenn Sie Lust verspüren, z. Bsp. Wenn etwas gut riecht?				
Bremsen Sie sich beim Essen und hören auf obwohl Sie noch Hunger haben?				
Essen Sie große Portionen?				
Kauen Sie gut und essen langsam? (ca. 20 min/Mahlzeit)				
Essen Sie schnell?				
Essen Sie weiter, auch wenn Sie bereits satt sind?				
Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie schon satt sind?				
Essen Sie aus Frust, Langeweile, Stress?				
Haben Sie Heißhungerattacken?				
Essen Sie mit Ablenkung, z.B. vorm TV oder beim Lesen?				
Kochen Sie selber?				
Essen Sie außer Haus?				

**Getränke:**

	Menge pro Tag
Wasser	
Kaffee (mit Milch, Zucker...?)	
Tee (mit Milch, Zucker...?)	
Säfte, Cola, Fanta (falls light Getränke bitte angeben)	
Schorlen	
Alkohol	

**Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, wie häufig Sie die aufgeführten Lebensmittel essen:**

	Täglich	Mehrmals die Woche	Selten	Nie
Gemüse				
Hülsenfrüchte (z.B. Erbsen, Bohnen, Linsen)				
Nüsse, Kerne und Samen (z.B. Sonnenblumen- oder Pinienkerne, Walnüsse)				
Obst				
Vollkornbrot/-brötchen				
Misch- und Weißbrotbrötchen				
Müsli, Cornflakes				
Kartoffeln				
Reis, Nudeln				
Milch und Milchprodukte				
Fleisch/Geflügel				
Tofu				
Wurst und Fleischerzeugnisse				
Fisch				
Eier				
Butter/Margarine				
Fertigprodukte				
Fastfood				
Süßigkeiten (Schokolade, Eis, Gummibärchen...)				
Gebäck (Kuchen, Rosinenbrötchen, Kekse...)				
Knabberereien (Chips, Salzstangen..)				

**Ess-, und Trink-Tagebuch**

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung
Beispiel: 10.00 Uhr	1 belegtes Brötchen (hell) mit Butter, Käse und Salami, 1/2lt. Wasser, 0,2ml O´Saft	Schnell, keine Zeit

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

**Ess-, und Trink-Tagebuch**

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

**Ess-, und Trink-Tagebuch**

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

**Ess-, und Trink-Tagebuch**

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung

Datum:

Zeit	Art und Menge der Lebensmittel	Bemerkungen, Gefühle, Stimmung