

## Adipositas Klinik

Schön Klinik Hamburg Eilbek  
Dehnhaide 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](mailto:AdipositasKlinik@schoen-klinik.de)**

Patientenkoordination:

Carolin Schoop  
Isabell Irmscher  
Ute Sindt

Antragsberatung:

Nicolle Hertel  
Nicole Töpfer

Ärzteam:

Dr. Beate Herbig  
Dr. Johannes Sander  
Dr. Torsten Schorp  
Christine Schmeer

Chefärztin  
Leitender Arzt  
Oberarzt  
Oberärztin

Dr. Hannes Gögele  
Andrea Kleinau  
Jessica Koop, B. Sc.

Facharzt  
Assistenzärztin  
Physician Assistant

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? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

---

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt / Krankenkasse durchgeführt?

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

---

Hatten Sie stationäre Behandlungen oder Kuren zur Gewichtsreduktion?

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

Jahr ..... Wie viele Wochen? ..... Gewichtsverlust .....kg

---

Haben Sie Heisshungeranfälle? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Essen Sie Fast Food? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Trinken Sie oft Softdrinks? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Essen Sie oft zwischendurch? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Essen Sie Süssigkeiten? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nein

Leiden Sie stark unter Hungergefühl? ☐ Häufig ☐ Selten ☐ 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  
Dehnhaike 120  
22081 Hamburg