

Adipositas Klinik

Schön Klinik Hamburg Eilbek
Dehnhaike 120
22081 Hamburg



Fragebogen

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

Patientenkoordination:

Carolin Schoop
Isabell Irmischer
Ute Sindt

Antragsberatung:

Nicolle Hertel
Vanessa Stüdemann

Ärzteteam:

Dr. Johannes Sander	Chefarzt	Dr. Ildiko Ockert-Belz	Fachärztin
Dr. Torsten Schorp	Leitender Oberarzt	Dr. Inga Böckelmann	Fachärztin
Christine Schmeer	Oberärztin	Andrea Grabenhorst	Assistenzärztin
Dr. Hannes Gögele	Oberarzt	Sina Gröhn	Arzt- und Stationsassistentin
Dr. Thilo Schulte	Oberarzt		

Bitte füllen Sie den Bogen in Druckschrift aus!

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

Hatten Sie bereits eine Adipositas-Operation? () Ja () Nein

Bitte nennen Sie mehrere Versuche, Ihr Gewicht zu verringern:

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt / Krankenkasse durchgeführt?

Jahr Wie viele Wochen? Gewichtsverlustkg

Haben Sie Heisshungeranfälle?

Häufig Selten Nie

Essen Sie regelmäßige Mahlzeiten?

Ja Nein

Stehen Sie nachts zum Essen auf?

Häufig Selten Nie

Essen Sie Fast Food?

Häufig Selten Nie

Trinken Sie Softdrinks?

Häufig Selten Nie

Essen Sie zwischendurch?

Häufig Selten Nie

Essen Sie Süßigkeiten?

Häufig Selten Nie

Leiden Sie stark unter Hungergefühl?

Häufig Selten Nie

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

Konsumieren Sie andere Drogen?

Wenn ja, welche

Haben Sie jemals regelmäßig Sport getrieben? Ja Nein

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? Ja Nein

Wenn JA, was und wie viele Stunden pro Woche?

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder Krankheiten?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn JA, seit welchem Jahr?	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
	<input type="checkbox"/> Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Medikamente
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erhöhte Blutfette / Cholesterin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzkrankheiten / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie bereits eine Rückenoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Hüft-, Fuß-, oder Kniegelenk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Luftnot bei leichter Belastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn JA, haben Sie eine CPAP-Maske?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Andere Erkrankungen

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie einmal im Bauch operiert worden? Ja Nein
 Wenn JA, bitte ankreuzen Blinddarm Magen
 Gallenblase Darm
 Gebärmutter
 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

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit
 widerrufbares Einverständnis, dass die Schön Klinik Hamburg Eilbek Sie für eine
 Terminvereinbarung, -erinnerung, sowie für weitere Informationen per Telefon / Mobiltelefon
 / SMS oder E-Mail kontaktieren darf.

Datum Unterschrift

Bitte senden, mailen oder faxen
 Sie den Fragebogen an:

Schön Klinik Hamburg Eilbek
 Adipositas Klinik
 Dehnhaide 120
 22081 Hamburg

E-Mail: AdipositasKlinik@schoen-klinik.d
Fax: (040) 2092-7502