

Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für eine Adipositas-Operation? Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen sehr genau. Schicken oder mailen Sie uns diesen Fragebogen bitte zu. Anschließend werden wir Sie kontaktieren um einen Termin zur Erstvorstellung in der Sprechstunde unserer Klinik mit Ihnen zu vereinbaren. Bitte füllen Sie diesen Bogen digital oder in Druckschrift aus.

Telefon: **(040) 2092 – 7501**

Fax: **(040) 2092 – 7502**

E-Mail: **Adipositasklinik@schoen-klinik.de**

Chefarzt: Dr. med. Johannes Sander

Nachname _____

Vorname _____

Geschlecht Männlich
 Weiblich

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Mobilnummer _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Hatten Sie bereits eine Adipositas-Operation?

Ja

Nein

Welche Operation? _____

Wann wurde operiert? _____

Körpergröße _____ cm

Aktuelles Gewicht _____ kg

Wunschgewicht _____ kg

Höchstes Gewicht _____ kg

Übergewicht besteht seit: _____ Jahren

Familiäres Übergewicht: Ja Nein

Welche Versuche der Gewichtsreduktion haben Sie unternommen?

Jahr _____ Anzahl Wochen _____ Gewichtsverlust _____ kg

Jahr _____ Anzahl Wochen _____ Gewichtsverlust _____ kg

Jahr _____ Anzahl Wochen _____ Gewichtsverlust _____ kg

Haben Sie eine Ernährungsumstellung mit Ihrem Hausarzt / Krankenkasse durchgeführt?

Jahr _____ Anzahl Wochen _____ Gewichtsverlust _____ kg

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? Nein Ja Seit wie vielen Jahren? _____

Zigaretten pro Tag _____ Packyears _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein ca. 1x / Woche Gelegentlich Täglich

Konsumieren Sie andere Drogen? Ja Nein

Falls ja, Welche? _____

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? Ja Nein

Sportart / Wochenstunden: _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden?

Bluthochdruck, Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Herzerkrankungen, Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	Typ 1	<input type="checkbox"/>	Typ 2
	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	Medikamente
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Fettleber	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Fettstoffwechselstörung, Cholesterin, Blutfette	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hormonstörungen, Unfruchtbarkeit, PCOS	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Lipödem, Lymphödem	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Asthma bronchiale, COPD	<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
Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Falls Ja, Nutzen Sie eine CPAP-Maske?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hatten Sie eine Rücken-Operation	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schmerzen in Hüft-, Knie-, Fußgelenk	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Künstliches Hüft- oder Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Falls Ja, welche? _____				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sonstige Erkrankungen:

Bitte bringen Sie zu Ihrer Erstvorstellung Diagnosenliste und Medikamentenplan vom Hausarzt mit.

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja

Nein

Morgens Mittags Abends Nachts

Medikament _____

Medikament _____

Medikament _____

Medikament _____

Medikament _____

Medikament _____

Bitte bringen Sie zu Ihrer Erstvorstellung Diagnosenliste und Medikamentenplan vom Hausarzt mit.

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Ja

Nein

Blinddarm Gallenblase

Gebärmutter

Kaiserschnitt

Bauchwandbruch (Hernien)

Magen

Darm

Sonstige Operationen: _____

Haben Sie **Allergien**?

Ja

Nein

Falls Ja, welche? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

Keinen

Ausbildung

Studium

Sind Sie derzeit berufstätig?

Nein

Teilzeit

Vollzeit

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft?

Ja

Nein

Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

Ja

Nein

Wann waren Sie zuletzt in psychotherapeutischer Behandlung?

Noch nie

Zuletzt: _____

Diagnose: _____

Befürwortet Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin Ihr Vorhaben einer Adipositas-Operation?

Ja Nein, weil _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Weiterhin erklären Sie Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass die Schön Klinik Hamburg Eilbek Sie zwecks Terminvereinbarung, -erinnerung, sowie für weitere Informationen kontaktieren darf.

Ja, ich möchte von der Schön Klinik Hamburg Eilbek (telefonisch, postalisch, via E-Mail) kontaktiert werden. Ihre Zustimmung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen **gerne per E-Mail** oder postalisch zu:

Schön Klinik Hamburg Eilbek

Adipositas Klinik
Dehnhaide 120
22081 Hamburg



Telefon: **(040) 2092 – 7501**

Fax: **(040) 2092 – 7502**

E-Mail: **Adipositasklinik@schoen-klinik.de**