

Personalien

Nachname:	_____
Vorname:	_____
Straße:	_____
PLZ, Ort	_____
Telefonnummer:	_____
E-Mail:	_____
Krankenkasse:	_____
Geburtsdatum:	_____

Alter	Größe	Gewicht	BMI	Geschlecht
				männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wie viele/Tag?	
Seit wann besteht das Übergewicht?				
Gab es einen auslösenden Moment?				

Allgemeine Fragen

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie bereits ergriffen?

- Diäten:
- Kuren
- Selbsthilfegruppe (z.B. Weight-Watchers)
- Verhaltenstherapie/Psychotherapie
- Ernährungsberatung
- Sonstiges _____

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Gewichtsreduktion ein?

Wenn ja, welche (z.B. Xenical, Reduktil, etc.): _____

Befinden Sie sich aktuell in einer Psychotherapie oder Verhaltenstherapie?

Wenn ja, seit wann, warum und bei wem? _____

Essverhalten

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? _____

Haben Sie ein Sättigungsgefühl? ja nein

Wenn ja, brauchen Sie große Portionen? ja nein

Essen Sie schnell oder langsam? _____

Essen Sie Süßigkeiten? (wie oft? Menge?) _____

Was trinken Sie hauptsächlich und wieviel trinken Sie davon? (Wasser, Softgetränke, Milch, Säfte, Alkohol?) _____

Haben Sie Essanfälle? _____

Bewegungsverhalten

Sportverein: ja nein

Bewegungsprogramm (z.B. Aqua-Gymnastik, Nordic Walking)

Sport/Bewegung	Wie oft/Woche	Wie viele Minuten/ pro Einheit?

Begleiterkrankungen (seit wann? Medikation?)

Begleiterkrankung	Jahr	Medikation
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		
<input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)		
<input type="checkbox"/> KHK / Myocardinfarkt		
<input type="checkbox"/> Hirninsult (Schlaganfall)		
<input type="checkbox"/> pAVK		
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz		
<input type="checkbox"/> Dislipidämie		
<input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoesyndrom		
<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden/Arthrose		
<input type="checkbox"/> psychosozial / Depression		
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht		
<input type="checkbox"/> Gallenblasenerkrankungen		
<input type="checkbox"/> Reflux (Sodbrennen)		

Anmeldebogen zur interdisziplinären Adipositas-Therapie

Sonstiges

Operationen:

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja: Was ist wann operiert worden?

Sozialstatus

Beruf _____

Familienstand _____

Anzahl Kinder (Alter) _____

Unerfüllter Kinderwunsch Nein Ja

Familienanamnese:

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter Vater Kind(er) Bruder Schwester Großmutter Großvater

Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes, Hypertonie, etc.)?

Mutter Vater Kind(er) Bruder Schwester Großmutter Großvater

Zielgewicht: _____ kg

Motivation:

Therapiewunsch:

Adipositaschirurgie

Endokrinologie und Stoffwechselmedizin / Diagnostik

Konservatives Adipositasprogramm (Ernährung/Bewegung/Verhaltenstherapie)