Anamnesebogen Adipositassprechstunde

Persönliche Angaben

Name: _____ Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Hausarzt: _____

Soziale Situation:

Familienstand: _____ Kinder: _____

Beruf: _____ Schichtdienst? _____

Vorerkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ 2, seit _____
- Diabetes mellitus Typ 1, seit _____
- Schwangerschaftsdiabetes in der Vorgeschichte
- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfettwerte
- Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht
- Herzerkrankungen: _____
- Gefäßerkrankungen: _____
- Lungenerkrankungen: _____
- Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen:_____
- Schilddrüsenerkrankungen: _____
- Nierenerkrankungen: _____
- Darmerkrankungen: _____
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen: _____
- Lebererkrankungen: _____
- Krebserkrankungen: _____
- Schlafapnoe
- Osteoporose
- Gallensteine
- Polyzystisches Ovarialsyndrom-Syndrom
- Allergien: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
- Operationen (welche und wann?): _____
  _____
- Seelische Erkrankungen: _____
- Sonstige Erkrankungen: _____

Gibt es folgende Erkrankungen in Ihrer Familie?

- Adipositas
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Herzinfarkte
- Schlaganfälle
- Erhöhte Blutfettwerte
- Krebserkrankungen

Medikamente (bitte nur ausfüllen, wenn Sie keinen Medikationsplan abgegeben haben):

Medikament	Dosis	Einnahmeschema

Haben Sie folgende Beschwerden?

- Atemnot in Ruhe
- Atemnot unter Belastung
- Schmerzen in der Brust in Ruhe
- Schmerzen in der Brust unter Belastung
- Schmerzen in den Beinen beim Gehen
- Wassereinlagerungen in den Beinen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Schnarchen
- Atemaussetzer beim Schlafen
- Müdigkeit, Leistungsschwäche
- Schmerzen, welche? :_____
- Sodbrennen
- Übelkeit/Erbrechen
- Kau- oder Schluckstörungen
- Verstopfung
- Durchfall
- Harninkontinenz
- Sonstiges: _____

Stellen Sie äußerliche Veränderungen an sich fest?

- ○ Dehnungsstreifen
- ○ Vermehrte Körperbehaarung
- ○ Hautekzeme
- ○ verzögerte Wundheilung
- ○ Haarausfall
- ○ Sonstiges: _____

Machen Sie regelmäßig Sport?

- ○ Nein
- ○ Ja
  Sportart: _____
  Stunden pro Woche: _____

Persönliches Wohlbefinden

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage sein, Sorgen stoppen zu können				

Sind/waren Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? _____

Ernährungsgewohnheiten

Wie viel Liter trinken Sie am Tag? _____ Liter

Welche zuckerhaltigen Getränke trinken Sie und wie viel Liter/Tag? _____

Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke? Welche? _____

Wie häufig essen Sie am Tag?

_____ Hauptmahlzeiten

_____ Zwischenmahlzeiten/Snacks

Welche Kostform bevorzugen Sie?

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Sonstiges: _____

Wer kocht für Sie? _____

Wie häufig konsumieren Sie Süßigkeiten und Knabbereien? _____

Welche? _____

Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?	**JA**	**NEIN**
Ich habe regelmäßige Essenszeiten.		
Ich esse regelmäßig außerhalb.		
Ich esse regelmäßig Fast Food/Fertigprodukte.		
Ich esse mit Ablenkung z.B. Handy, TV, Zeitung.		
Ich esse schnell.		
Ich stehe nachts auf, um zu essen.		
Ich werde nie richtig satt.		
Ich habe Ess-/ Heißhungerattacken.		
Ich habe Schuldgefühle nach dem Essen.		

Was bedeutet essen für Sie?

- Hunger stillen
- Ablenkung von Langeweile
- Trost
- Abbau von Frust
- Genuss
- Ablenkung von Problemen
- Abbau von Stress
- Sonstiges _____

Verlauf der Gewichtsentwicklung

Gewichtsverlauf in den letzten 12 Monaten _____

Niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter, wann? _____

Höchstes Gewicht im Erwachsenenalter, wann? _____

Seit wann sind Sie übergewichtig? _____

Gab es Ereignisse in Ihrem Leben, die besonders zur Gewichtszunahme geführt haben (z.B. Schwangerschaft, Depressionen, Rauchstop etc.)? _____

Wie viele Diäten oder Abnehmversuche haben Sie bereits unternommen?

- keine
- 1-5
- 6-9
- > 10
- Regelmäßig/ mehrfach pro Jahr
- Ich halte durchgehend Diät

Wie häufig wiegen Sie sich? _____

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie bislang durchgeführt?

- Low carb (Reduktion der Kohlenhydrate)
- Low Fat (Reduktion der Fette)
- Intervallfasten
- Mahlzeitenersatz durch Shakes, welche? _____
- Weight watchers
- Bodymed
- Optifast
- Steigerung der Bewegung
- Psychotherapie
- Reha- Maßnahme, wann? _____
- Medikamente, welche? _____
- Operationen, welche? _____
- Sonstiges: _____

Wie viele kg möchten Sie abnehmen? _____kg

Durch welche Maßnahmen möchten Sie dieses Ziel erreichen:

- Ernährungsberatung
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Medikamente
- Operation

Warum möchten Sie abnehmen? _____

_____