

Patientenfragebogen betreffend Übergewicht

Name / Vorname: _____

Geb.: _____

Datum: _____

Zuweisender Arzt: _____

Hausarzt: _____

Gewichtsverlauf

aktuelles Gewicht: _____ kg

Grösse: _____ cm

Kennen Sie Ihr Geburtsgewicht? _____ kg

Kennen Sie Ihre Geburtsgrösse? _____ cm

Waren Sie bereits als Kind übergewichtig? ja nein

Waren Sie bereits als Jugendlicher übergewichtig? ja nein

Können Sie ein Gewicht bei Schulaustritt angeben? _____ kg

Was wogen Sie bei der Aushebung oder in der RS? _____ kg

Bitte beschreiben Sie kurz wie sich Ihre Gewichtszunahme über die Jahre entwickelt hat. Gab es besondere Lebensereignisse, wie z.B. Heirat oder Trennung, berufliche Veränderungen oder gesundheitliche Probleme, die das Gewicht stark beeinflusst haben?

Haben Sie das Gefühl, aufgrund Ihres Gewichtes diskriminiert zu werden?

Auf der Strasse ja nein

Im Beruf ja nein

In der Schule ja nein

Im Familienkreis ja nein

Familienanamnese:

Gibt es weitere Familienmitglieder, welche übergewichtig sind, wenn ja, wer?

Vater	<input type="checkbox"/>		
Grossmutter, väterlichseits	<input type="checkbox"/>	Tante, väterlichseits	<input type="checkbox"/>
Grossvater, väterlichseits	<input type="checkbox"/>	Onkel, väterlichseits	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>		
Grossmutter, mütterlichseits	<input type="checkbox"/>	Onkel, mütterlichseits	<input type="checkbox"/>
Grossvater, mütterlichseits	<input type="checkbox"/>	Tante, mütterlichseits	<input type="checkbox"/>
Sohn	<input type="checkbox"/>	Bruder	<input type="checkbox"/>
Tochter	<input type="checkbox"/>	Schwester	<input type="checkbox"/>

Weitere, hier nicht aufgeführte Familienmitglieder, welche übergewichtig sind?

Erkrankungen in der Familie:
(bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Allgemeine Erkrankungen:

Blutzucker (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	Wer? _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Wer? _____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Wer und wie alt beim 1. Herzinfarkt? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Wer? _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Wer? _____

Krebs-Erkrankungen:

Wer? Welche Krebsart?

Suchtmittel

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wenn nein, haben Sie früher geraucht?

ja nein

Wenn ja, wann Stopp, wie viele Zigaretten pro Tag vorher, wie viele Jahre?

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

Wenn ja, wie viel pro Woche im Durchschnitt? _____

Bier _____ dl/Woche (1 Stange sind 2.5 dl)

Wein _____ dl/Woche (1 Glas ist ca. 1 dl)

Andere alkoholische Getränke _____ dl/Woche

Konsumieren Sie andere Suchtmittel?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn nein, früher?

ja nein

Wenn ja, wann Stopp, Menge pro Tag vorher? _____

Bewegungsverhalten

Bitte beschreiben Sie folgend Ihr aktuelles Bewegungsverhalten. Schildern Sie dabei z.B. Ihren routinemässigen Tagesablauf.

Im Alltag/Beruf:

Zusätzliche körperliche Aktivitäten (täglich/am Wochenende/in Ferien/saisonal):

Soziales

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Lebensumstände / berufliche und soziale Situation:

Ernährungsverhalten

Beschreiben Sie bitte Ihr durchschnittliches Ernährungsverhalten. Falls es Ihnen schwer fällt den Durchschnitt zu beschreiben, zählen Sie alternativ Ihre Mahlzeiten von gestern auf.

Ernährungsanamnese:

Frühstück (z.B. 2 Tassen Kaffee mit Kaffeerahm, Tee, Zucker, Zitrone, 2 Brötchen, ca. 20g Butter, 1 Esslöffel Konfitüre, etc.)

Im Laufe des **Vormittages** (z.B. 1 Fruchtjoghurt, 1 St. Obst, 1 Schoggi-Riegel, etc.)

Mittagessen (z.B. normales Menu, gerne mit Sauce, mit Suppe, ohne Dessert, im Restaurant, in der Kantine, nur 1 Sandwich mit?, Portion (Restaurant-Portion, mit Nachschlag, ½ Portion?), etc.)

Im Laufe des **Nachmittages** (z.B. Guetzli, Kuchen, Schoggi, Obst, Joghurt, etc.)

Abends (z.B. Zuhause, eher im Restaurant, was Schnelles, vollständiges Menu, eher kalt, Brot, Butter, Käse, Salami, Schinken, etc.)

Später, im Laufe des Abends? (z.B. Schoggi, Guetzli, Nüssli, Chips, Obst, Joghurt, Brot Käse, Wurstwaren, etc.)

Haben Sie ein Sättigungsgefühl?

ja nein

Wie gross sind Ihre Portionen?

1 Port. 1 1/2 Port 2 Port. mehr

Snacking? (Zwischendurch essen/ "Schnausen")

ja nein

Haben Sie süsse Tendenzen? ja nein

Wenn ja, auf was? (Kuchen, Guetzi, Schoggi, Glace, etc.)

Haben Sie prämenstruell vermehrte Gelüste? (nur Frauen) ja nein

Wenn ja, auf was?

Auf Süsses Auf Salziges

Auf Fettiges Auf grössere Portionen

Haben Sie Ess-Fressattacken, während welchen Sie schnell und ohne Kontrolle sehr grosse Mengen zu sich nehmen, bis ein unangenehmes Gefühl auftaucht?

ja nein

Kompensieren Sie Frust, Stress, Probleme, Ärger oder grosse Freude mit Essen?

ja nein

Wenn ja, welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie dann?

Kommt es vor, dass Sie nachts nochmals essen? ja nein

Welche Küche bevorzugen Sie? (z.B. gut bürgerliche, Schweizer Küche, internationale Küche, asiatische Küche, Mittelmeerküche)

Achten Sie bereits beim Kochen auf den Fettverbrauch (Butter, Öl, Rahm)?

ja nein

Nehmen Sie gerne Kräuterbutter, Saucen oder Mayonnaise?

ja nein

Haben Sie gerne und regelmässig etwas Paniertes, Frittiertes oder Gratiniertes auf dem Teller? ja nein

Trinkmenge

Weniger als 1 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Mineralwasser	<input type="checkbox"/>
1 bis 1.5 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Tee	<input type="checkbox"/>
1.5 bis 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Kaffee	<input type="checkbox"/>
2 bis 2.5 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Light-Getränke	<input type="checkbox"/>
3 und mehr Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Süss-Getränke	<input type="checkbox"/>

Diätanamnese

Jahr	Dauer der Diät?	Welche Diät?	In Begleitung von: Arzt, Ernährungsberatung, Weight Watchers, etc.	Gewichtsverlust (Angabe Anfangs- und Endgewicht)	Anschliessend Gewichtszunahme mit Zeitangabe
<i>z.B. 1990</i>	<i>6 Monate</i>	<i>Weight Watchers</i>	<i>Weight Watchers</i>	<i>105 kg X 85 kg 20 kg Abnahme</i>	<i>25 kg innerhalb von 12 Monaten</i>

Medizinische Vorgeschichte

Welche der folgenden Eingriffe wurden bei Ihnen bereits vorgenommen:

	Wenn ja, welches Jahr ca.	
Blinddarm (Appendektomie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Mandeln (Tonsillektomie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Galle (Cholezystektomie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Unterbindung (Tubenligatur/Vasektomie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Auskratzung der Gebärmutter (Kürettage)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Operation der Krampfadern (Varizenstripping)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Knieoperation (z.B. Meniskus)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
Kniespiegelung (Arthroskopie)	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein

Weitere hier nicht aufgeführte operative Eingriffe (Art, Jahr, Spital/Arzt)?

Bitte organisieren Sie Operationsberichte, Untersuchungsbefunde oder Spitalaustrittsberichte soweit möglich.

Leiden Sie unter Herz-/Kreislaufbeschwerden? ja nein

Wenn ja, an welchen und wer hat Sie behandelt? _____

Hatten Sie bereits eine Thrombose oder Lungenembolie? ja nein

Leiden Sie an Hauterkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder Allergien? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an einer Depression oder an anderen psychischen Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Sind Sie im Moment in Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Waren Sie in Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bei wem, evtl. stationärer Aufenthalt, welche Klinik, etc.?

Hatten Sie Schwangerschaften?

Wenn ja, wann?	Hatten Sie Schwangerschaftsdiabetes?

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

- Kurzatmigkeit ja nein
- Rückenschmerzen (Lumbago) ja nein
- Hüftbeschwerden ja nein
- Kniebeschwerden ja nein
- Fussgelenksbeschwerden ja nein
- Fusssohlenbrennen ja nein
- Fersenschmerzen ja nein
- Erhöhte Blutfette ja nein
- Erhöhte Harnsäure/Gicht ja nein
- Diabetes mellitus Typ 2 ja nein
- Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) ja nein
- Depressive Verstimmungen ja nein
- Unkontrollierter Verlust von Harn/Stuhl (Inkontinenz) ja nein
- Wassereinlagerungen (Ödeme) ja nein
- Refluxerkrankung, Sodbrennen ja nein

Körperliche Beschwerden

Screening auf Schlaf-Apnoe-Syndrom (Epworth Sleepiness Scale)

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

Wenn Sie gewisse Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich bitte vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre (nie = 0, selten = 1, gelegentlich = 2, oft = 3).

Pathologisches Resultat bei Totalwert >10

Beim Lesen ① ② ③

Beim Fernsehen ① ② ③

Im Theater, im Publikum ① ② ③

Als Beifahrer im Auto (weniger als 1 h) ① ② ③

Beim Hinlegen am Nachmittag ① ② ③

Beim Sprechen (sitzend) ① ② ③

Im Sitzen, nach dem Essen (ohne Alkohol) ① ② ③

Beim Autofahren, Anhalten vor dem Rotlicht ① ② ③

Schnarchen Sie? ja nein

Möchten Sie weitere Anmerkungen machen zu Ihrem körperlichen oder seelischen Zustand?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Bringen Sie bitte eine aktuelle Dosierungskarte oder alle Medikamente zur Untersuchung mit.

Name	mg	Tabletten, Brausetbl., Pulver, Tropfen	Dosierung
<i>z.B. Cosaar</i>	<i>5 mg</i>	<i>Tabletten</i>	<i>1-0-0</i>

Welche Vorstellungen oder Wünsche haben Sie betreffend einer dauerhaften Gewichtsreduktion?

Konservative Therapie nur mit Ernährungsumstellung und Bewegung ja nein

Ernährungsumstellung und Bewegung mit Unterstützung von Medikamenten ja nein

Übergewichts-Operation (Bypass, Schlauchmagen) * ja nein

* Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben bezüglich der Diätanamnese (S.6). Die Angaben sollten möglichst vollständig sein.

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Patientenfragebogens!

Mit freundlichen Grüssen

SRO AG

Falls Sie noch ergänzende Anmerkungen machen möchten oder spezielle Wünsche oder Fragen im Voraus deponieren möchten, können Sie dies nachfolgend gerne tun:
