

Anamnesebogen bitte zutreffendes einkreisen, z.B. ja / nein

Familien- und Sozialanamnese

Wie ist ihr Familienstand: _____ ledig / verheiratet / geschieden / verwitwet / getrennt
 Wieviele Kinder haben sie: _____
 War oder ist ihre Mutter adipös: _____ ja / nein
 War oder ist ihr Vater adipös: _____ ja / nein
 Wie viele Geschwister haben sie: _____. Wie viele davon sind adipös: _____
 Wurden sie als Baby gestillt: _____ ja / nein
 Rauchen sie: _____ ja / nein.
 Trinken sie regelmäßig Alkohol: _____ ja / nein
 Sind sie berufstätig: _____ ja / nein
 Sind sie zur Zeit krankgeschrieben: _____ ja / nein
 Sind sie zur Zeit arbeitslos: _____ ja / nein
 Sind sie berentet: _____ ja / nein
 Was ist ihr erlernter Beruf: _____

Internistische Erkrankungen:

Hatten sie jemals einen auffälligen Glucosetoleranztest: _____ ja / nein
 Leiden sie unter einem Diabetes mellitus Typ 1 (Jugenddiabetes): _____ ja / nein
 Leiden sie unter einem Diabetes mellitus Typ 2 (Altersdiabetes): _____ ja / nein
 Wenn ja, wann wurde der Diabetes diagnostiziert: _____ (Jahr der Erstdiagnose eintragen)
 Nehmen sie Tabletten gegen Diabetes ein: _____ ja / nein
 Nehmen sie Victoza gegen Diabetes ein: _____ ja / nein
 Nehmen sie Insulin ein. Wenn ja, wieviele Einheiten spritzen sie gesamt pro Tag: _____ IE
 Wie war ihr letzter Langzeitblutzucker (HbA1c): _____ %
 Besteht eine Leistungseinschränkung der Niere (Niereninsuffizienz) _____ ja / nein
 Leiden sie unter Asthma: _____ ja / nein
 Hat ihr Partner sie auf nächtliche Atemaussetzer hingewiesen (V.a. Schlafapnoe) _____ ja / nein
 Leiden sie unter einer Schlafapnoe: _____ ja / nein
 Wenn ja, tragen sie nachts eine Maske? _____ ja /nein
 Leiden sie unter Bluthochdruck: _____ ja / nein
 Wenn ja, wie viele verschiedene Wirkstoffe werden gegen Bluthochdruck eingenommen: _____
 Leiden sie unter erhöhten Blutfettwerten: _____ ja / nein
 Haben sie ein erhöhtes Cholesterin: _____ ja / nein
 Ist ihre Schilddrüse vergrößert: _____ ja / nein
 Leiden sie unter einer Schilddrüsenunterfunktion: _____ ja / nein
 Sonstige Erkrankungen der Schilddrüse (Hashimoto usw.) _____
 Leiden sie unter Sodbrennen: _____ ja / nein
 Nehmen sie regelmäßig Medikamente (z.B. Pantozol/Nexium/Omep) gegen Sodbrennen _____ ja / nein
 Leiden sie unter einer Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz)? _____ ja / nein
Wenn ja, so bringen sie den Befund unbedingt zum Gespräch mit!!!!
 Leiden sie unter einer Verengung der Herzkranzgefäße _____ ja / nein
 Hatten sie bereits einen Herzinfarkt _____ ja / nein
 In welchem Jahr war ihr letzter Herzinfarkt _____
 Hatten sie bereits eine Herzkatheteruntersuchung _____ ja / nein
Wenn ja, so bringen sie den Befund unbedingt zum Gespräch mit!!!!
 Hatten sie in der Vergangenheit eine Thrombose _____ ja / nein
 Hatten sie in der Vergangenheit eine Lungenarterienembolie _____ ja / nein
 Leiden sie, oder hatten sie in der Vergangenheit eine bösartige Erkrankung _____ ja / nein
Wenn ja, so bringen sie den Befund unbedingt zum Gespräch mit!!!!
 Haben sie Krampfadern an den Beinen _____ ja / nein
 Haben sie ein Lymphödem der Beine _____ ja / nein
 Haben sie eine Gefäßverkalkung der Beine _____ ja / nein
 Leiden sie unter offenen Wunden an den Beinen _____ ja / nein



Haben sie eine Arthrose der Hüftgelenke	keine / rechts / links / beidseits
Haben sie eine Arthrose der Kniegelenke	keine / rechts / links / beidseits
Schmerzen die Hüftgelenke	keine / rechts / links / beidseits
Schmerzen die Kniegelenke	keine / rechts / links / beidseits
Schmerzen die Sprunggelenke am Fuß	keine / rechts / links / beidseits
Leiden sie unter Rückenschmerzen	ja / nein
Wie weit können sie etwa auf ebener Erde an einem Stück zu Fuß gehen: _____ Meter	

Psychiatrische und Psychosomatische Erkrankungen

Wurde bei ihnen aktuell oder in der Vergangenheit eine Depression festgestellt	ja / nein
Wenn ja, denken sie dass ihr Übergewicht maßgeblich daran beteiligt ist:	ja / nein
Leiden sie unter einer Angststörung	ja / nein
Leiden sie unter einer Schizophrenie	ja / nein
Kommt es bei ihnen gelegentlich zu Essattacken (Binge Eating Störung)	ja / nein
Wurde eine andere Essstörung diagnostiziert	ja / nein
Wenn ja welche: _____	

Liegen noch weitere Erkrankungen vor, so tragen sie diese bitte nachfolgend ein:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Leiden sie unter Allergien:

1. _____
2. _____
3. _____

Operationen:

Wurde bei ihnen der <i>Blinddarm</i> entfernt:	ja / nein
Wenn ja, wurde dieser Eingriff laparoskopisch durchgeführt	ja / nein
Wenn ja, wann wurde der <i>Blinddarm</i> entfernt	_____
Wurde bei ihnen die <i>Gallenblase</i> entfernt	ja / nein
Wenn ja, wurde dieser Eingriff laparoskopisch durchgeführt	ja / nein
Wenn ja, wann wurde die <i>Gallenblase</i> entfernt	_____
Hatten sie bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte. Bitte tragen sie die Anzahl der Kaiserschnitte (Sectio) ein	_____
Haben sie sich sterilisieren lassen	ja / nein
Wann wurde dieser Eingriff durchgeführt	_____
Wurde bei ihnen die Gebärmutter entfernt	ja / nein
Durch welchen Zugang wurde dieser Eingriff durchgeführt	offen / laparoskopisch / vaginal
Wann wurde dieser Eingriff durchgeführt	_____

Weitere Eingriffe:

Jahr: _____ Eingriff: _____
Jahr: _____ Eingriff: _____
Jahr: _____ Eingriff: _____

Medikamentenliste

Medikamentenname	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	b. Bedarf
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auflistung konservativer Therapieversuche:

Um ggf. einen Kostenübernahmeantrag an ihre Krankenkasse stellen zu können benötigen wir einige Angaben über ihren Gewichtsverlauf und bisherige Versuche der Gewichtsreduktion (Diäten, Sportprogramme, Ernährungsberatungen, Kuraufenthalte, ärztlich geführte Gewichtsreduktionsprogramme, Psychotherapien) Bitte füllen sie folgende Tabellen zutreffend aus und bringen sie diese zu Ihrem Termin in der Chirurgie mit. Die Angaben sind für den Arzt sehr wichtig!

Diäten in den letzten 10 Jahren:

Unter Diäten versteht man kurzfristige Versuche der Gewichtsreduktion mit strengem, vorgefertigtem Ernährungsplan (z.B. Brigitte Diät). Bitte tragen sie Ihre Diätversuche der letzten 10 Jahre mit Gewichtsverlauf (vorher / nachher) und Datum sowie Diätname in der nachfolgenden Tabelle ein. Falls sie eine Bestätigung über die erfolgte Diät haben, so machen sie in der letzten Spalte ein Kreuz.

	Diätname (z.B. Brigitte)	Beginn	Ende	Gewicht vor Diät	Gewicht nach Diät	Nachweis vorhanden
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>

Diätberatungen / Ernährungsberatungen in den letzten 10 Jahren:

Diätberatungen / Ernährungsberatungen sind Kurse zur Ernährung welche z.B. von verschiedenen Krankenkassen, von manchen Fitnessstudios, Arztpraxen, Apotheken, freien Ernährungsberatern, Ökotrophologen angeboten werden. Bitte tragen sie Ihre Ernährungsberatungen der letzten 10 Jahre mit Gewichtsverlauf (vorher / nachher) und Datum, Anzahl der Besuche / Stunden sowie dem Anbieter in der nachfolgenden Tabelle ein. Falls sie eine Bestätigung über die erfolgte Diätberatung haben, so machen sie in der letzten Spalte ein Kreuz.

	Anbieter der Ernährungsberatung	Anz. Std.	Beginn	Ende	Gewicht vorher	Gewicht nachher	Nachweis vorhanden
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>
7							<input type="checkbox"/>
8							<input type="checkbox"/>

Sportprogramme in den letzten 10 Jahren:


Sportprogramme sind regelmäßige sportliche Aktivitäten. Hier kommen z.B. Fitnessstudiobesuche, Nordic Walking, Aquafitness, Tanzen, Heimtrainer, Krankengymnastik und Programme verschiedener Krankenkassen wie z.B. Rückenschule usw. in betracht. Bitte tragen sie Ihre Sportprogramme der letzten 10 Jahre mit Gewichtsverlauf (vorher / nachher) mit Datum, Häufigkeit der Sportaktivität pro Woche in der nachfolgenden Tabelle ein. Falls sie eine Bestätigung für das Sportprogramm besitzen, so machen sie in der letzten Spalte ein Kreuz.

	Art der Sportaktivität	Std/ Woche	Beginn	Ende	Gewicht vorher	Gewicht nachher	Nachweis vorhanden
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>
7							<input type="checkbox"/>
8							<input type="checkbox"/>

MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

WOCHENTAG: _____

DATUM: _____

Uhrzeit	Lebensmittel		 Getränk	Notizen	Bewegung		
	Gramm Anzahl	Art	Anzahl 1- 250 ml	Art	z.B. Unverträglichkeiten		Wann, Was, Wo, Wie
							MORGENS
							MITTAGS
							ABENDS

ANZAHL GETRÄNKE HEUTE:

 _____ X  (250 ml)

ICH FÜHLE MICH HEUTE:


Bitte ankreuzen!

BEMERKUNGEN ZUM TAG:
 (Bewegung, Stress, ...)

Indikationsstellung zur bariatrischen / metabolischen Chirurgie nach der S3 Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen

<p>BMI 35 – 39,9 kg/m²</p> <p>Nebenerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)</p>	<p>Hormonelle Ursachen ausgeschlossen, keine psychologischen oder chirurgischen Kontraindikationen</p>	<p>Konservative Möglichkeiten ausgeschöpft. Mindestens: -6 Monate Ernährungsberatung -regelmäßiger Sport in den vergangenen 2 Jahren, mind. 2 Stunden pro Woche</p>
<p>BMI 40 – 49,9 kg/m²</p>	<p>Hormonelle Ursachen ausgeschlossen, keine psychologischen oder chirurgischen Kontraindikationen</p>	<p>Konservative Möglichkeiten ausgeschöpft. Mindestens: -6 Monate Ernährungsberatung -regelmäßiger Sport in den vergangenen 2 Jahren, mind. 2 Stunden pro Woche</p>
<p>BMI über 40 kg/m²</p> <p>Diabetes mellitus Typ 2</p>	<p>Hormonelle Ursachen ausgeschlossen, keine psychologischen oder chirurgischen Kontraindikationen</p>	
<p>BMI über 50 kg/m²</p>	<p>Hormonelle Ursachen ausgeschlossen, keine psychologischen oder chirurgischen Kontraindikationen</p>	



Diese Grafik gibt den Sachverhalt verkürzt wieder und kann keinen Arztbesuch ersetzen. Vor der Aufnahme von körperlichem Training sollte ein Arzt konsultiert werden. Falls Sie während des Trainings Schwindel, Schwäche oder Unwohlsein verspüren, brechen sie das Training sofort ab und konsultieren sie einen Arzt.