

Anamnesebogen

Familien- und Sozialanamnese

bitte zutreffendes ankreuzen, z.B. ja nein

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	Alkohol regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> Partnerschaft	berufstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mutter adipös	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	krankgeschrieben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vater adipös	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	arbeitslos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl Kinder	_____		berentet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl Geschwister	_____		Beruf	_____	
Anzahl adipöser Geschwister	_____				

Internistische Erkrankungen

Glucosetoleranztest auffällig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen		
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Jahr Erstdiagnose Diabetes	_____		Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Teilnahme DMP Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Jahr des letzten Herzinfarkt	_____	
Wenn ja, bitte Nachweis mitbringen			Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetestabletten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen		
Einnahme Victoza	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Thrombose in Vergangenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Insulineinheiten/Tag gesamt	_____IE		Lungenembolie in Vergangenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wert HbA1c	_____%		Bösartige Erkrankung in Vergangenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen		
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachts Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lymphödem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gefäßverkalkung Beine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maske bei Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Offene Wunden an Beinen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl Wirkstoffe gegen Bluthochdruck	_____		Arthrose Hüfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> bds.
Blutfette erhöht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Arthrose Knie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> bds.
Cholesterin erhöht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schmerzen Hüfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> bds.
Schilddrüse vergrößert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schmerzen Knie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> bds.
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schmerzen Sprunggelenk Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> bds.
Sonstige Schilddrüsenerkrankung	_____		Wegstrecke zu Fuß am Stück	_____Meter	
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Infoschreiben Neupatienten

psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen

<p>Aktuell oder zurückliegend psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung, bipolare Störung, Schizophrenie etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche _____</p> <p>Bestehen Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche _____</p>	<p>Leiden oder litten Sie in der Vorgeschichte an einer Essstörung (z. B. Binge-Eating-Störung, Bulimia oder Anorexia nervosa)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche _____</p>
--	---

Weitere Erkrankungen

Allergien

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Operationen

<p>Blinddarmentfernung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja - laparoskopisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 40px;">Datum _____</p> <p>Gallenblasenentfernung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja - laparoskopisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 40px;">Datum _____</p> <p>Kaiserschnittentbindung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Anzahl Kaiserschnittentbindung _____</p> <p>Sterilisation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja – Datum _____</p>	<p>Gebärmutterentfernung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Operationszugang</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> laparoskopisch <input type="checkbox"/> vaginal</p> <p>Weitere Eingriffe</p> <p>Jahr _____</p> <p>Eingriff _____</p> <p>Jahr _____</p> <p>Eingriff _____</p> <p>Jahr _____</p> <p>Eingriff _____</p>
--	--

Infoschreiben Neupatienten



Klinikum Stuttgart

Ernährungsteam Klinikum Stuttgart

Leitung: Dr. rer.nat. Beate Schlegel

Telefon 0711 278-62668

Telefax 0711 278-62669

Name: _____

Geb.Datum: _____



Zertifiziertes Mitglied im
Verband der Diätassistenten

MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

WOCHENTAG: _____

DATUM: _____

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

ANZAHL GETRÄNKE HEUTE:

_____ X  (250 ml)

ICH FÖHLE 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.