

Patientenfragebogen

Adipositas-Sprechstunde SRO Langenthal

Persönliche Angaben

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Zuweisender Arzt: _____

Hausarzt: _____

Gewichtsverlauf

aktuelles Gewicht: _____ kg

Höchstgewicht: _____ kg

Grösse: _____ cm

Zeitpunkt: _____

Waren Sie bereits als Kind übergewichtig? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie bereits als Jugendlicher übergewichtig? ☐ ja ☐ nein

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?

Familienanamnese

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

Vater ☐

Grossmutter, väterlichseits ☐

Grossvater, väterlichseits ☐

Mutter ☐

Grossmutter, mütterlichseits ☐

Grossvater, mütterlichseits ☐

Kinder ☐

Tante, väterlichseits ☐

Onkel, väterlichseits ☐

Onkel, mütterlichseits ☐

Tante, mütterlichseits ☐

Geschwister ☐

Weitere, hier nicht aufgeführte Familienmitglieder, die übergewichtig sind?

Erkrankungen in der Familie

(bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Blutzucker (Diabetes mellitus)	☐	Wer? _____
Bluthochdruck	☐	Wer? _____
Herzinfarkt	☐	Wer und wie alt beim 1. Herzinfarkt? _____
Schlaganfall	☐	Wer? _____
Osteoporose	☐	Wer? _____
Krebs-Erkrankungen	☐	Wer? _____ Krebsart _____
	☐	Wer? _____ Krebsart _____
	☐	Wer? _____ 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? _____

Bewegung

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:

Ernährung

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

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 ½ Port. ☐ 2 Port. oder mehr
Snacking? (Zwischendurch essen/ «Schnausen»)
☐ ja ☐ nein
Haben Sie süsse Tendenzen?
☐ ja ☐ nein

 Wenn ja, auf was? (*Kuchen, Guetzli, 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
☐ 1 bis 1.5 Liter/Tag
☐ 1.5 bis 2 Liter/Tag
☐ 2 bis 2.5 Liter/Tag
☐ 3 und mehr Liter/Tag
Getränke
☐ Mineralwasser
☐ Tee
☐ Kaffee
☐ Light-Getränke
☐ Süss-Getränke

Diäten und weitere Massnahmen zur Gewichtsreduktion

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 --> 85 kg 20 kg Abnahme</i>	<i>25 kg innerhalb von 12 Monaten</i>

Sind Sie aktuell in Ernährungsberatung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? _____

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

Weitere Gelenksschmerzen ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen

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 ① ② ③
Beim Fernsehen	① ① ② ③
Im Theater, im Publikum	① ① ② ③
Als Beifahrer im Auto (weniger als 1 h)	① ① ② ③
Beim Hinlegen am Nachmittag	① ① ② ③
Beim Sprechen (sitzend)	① ① ② ③
Im Sitzen, nach dem Essen (ohne Alkohol)	① ① ② ③
Beim Autofahren, Anhalten vor dem Rotlicht	① ① ② ③
Schnarchen Sie?	☐ ja ☐ nein
Wurde schon mal eine Schlafapnoe-Abklärung durchgeführt?	☐ ja ☐ nein

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

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Bringen Sie bitte eine aktuelle Medikamentenliste 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>

Allergien

Leiden Sie an Allergien?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte detailliert angeben: _____

Behandlungswünsche

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 (Magenbypass, Schlauchmagen) *

☐ ja ☐ nein

* Bitte überprüfen Sie Ihre Diätangaben auf Seite 5. 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:
