



FRAGEBOGEN ADIPOSITAS-SPRECHSTUNDE

Wir bitten Sie diesen Fragebogen **vollständig** auszufüllen und uns **umgehend zurückzusenden**.

STAMMDATEN

Name (+ lediger Name), Vorname:

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____

Natel-Nr. : _____ Email: _____

Beruf: _____ Partnerschaft/Ehe: _____

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Mitglieder-Nr.: _____

Allgemein Halbprivat Privat

Hausarzt: _____

Zuweisender Arzt: _____

GEWICHTSVERLAUF

Waren sie bereits als Kind übergewichtig? ja nein

Waren Sie bereits in der Jugend übergewichtig? ja nein

Was war Ihr höchstes Gewicht seit dem 21. Lebensjahr? _____ kg wann: _____

Wann begann die Gewichtszunahme?

(Heirat, Trennung, Scheidung, Rauchstopp, Schwangerschaft, Wechseljahre, Berufsbeginn, Stellenwechsel, Aufhören mit Sport, etc.)

Haben Sie Kinder? nein ja

Anzahl und Alter:

GEWICHTSZIEL

Was ist Ihr Gewichtsziel _____ kg

Wie möchten Sie Ihr Ziel erreichen? (mehrere Antworten möglich)

- Umstellung des Ernährungsverhalten
- Umstellung des Bewegungsverhalten
- Gewichtsreduktion mit Hilfe einer bariatrischen Operation (Übergewichtsoperation)
- Gewichtsreduktion mit Hilfe einer medikamentösen Therapie

FAMILIENANAMNESE:

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

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Vater | <input type="checkbox"/> | Mutter | <input type="checkbox"/> |
| Grossmutter, väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | Grossmutter, mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> |
| Grossvater, väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | Grossvater, mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> |
| Onkel, väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | Onkel, mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> |
| Tante, väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | Tante, mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> |
| Sohn | <input type="checkbox"/> | Bruder | <input type="checkbox"/> |
| Tochter | <input type="checkbox"/> | Schwester | <input type="checkbox"/> |

Gibt es in der Familie/Umfeld Personen, welche bereits Erfahrungen mit bariatrisch-chirurgisch oder medikamentösen Behandlungen hatten? Wenn ja, welche Behandlungen?



ESSVERHALTEN ALLTAG

Wie ernähren Sie sich im Alltag?

Notieren Sie auf den folgenden Seiten **detailliert** was sie während 3 Tagen essen. Wählen Sie dazu drei aufeinanderfolgende Wochentage (kein Wochenende) aus.

1. Was essen Sie?

Geben Sie bitte genau an, welche Lebensmittel oder welche Getränke Sie zu sich nehmen. Benützen Sie pro Tag eine Seite, damit Sie genügend Platz haben für alle Mahlzeiten.

2. Wie viel essen Sie?

Geben Sie bitte die Menge der einzelnen Lebensmittel wie folgt an:




- abgewogen in Gramm oder in
- Anzahl Stück, Esslöffel oder Glas

3. Um welche Zeit essen Sie?

Bitte notieren Sie, wann Sie essen.

4. Bemerkungen

In der letzten Spalte bleibt Platz für Bemerkungen:

-  wo Sie essen (z.B. Restaurant, vor Fernseher)
-  spezielle Situation (Geburtstag, Festtage, Heisshunger)
-  Sport oder aussergewöhnliche körperliche Betätigung



| Datum | Bemerkungen |
|--|-------------|
| <p><u>Frühstück</u> (z.B. 2 Tassen Kaffee mit Rahm und Zucker, 3 Brötchen mit Butter und Marmelade)</p> | |
| <p><u>Znüni</u> (z. B. 1 Fruchtojoghurt, 1 Banane, 1 Schokoladen-Riegel)</p> | |
| <p><u>Mittagessen</u> (z.B. Weisswein Suppe, 150g Nudeln mit Tomatensauce, zum Dessert 1 Cremeschnitte)</p> | |
| <p><u>Zvieri</u> (z.B. 1 Stück Erdbeertorte, 1 Apfel, Salami-Sandwich, 1 Muffin, 7 Gummibären, 3 Schokoladenkekse)</p> | |
| <p><u>Nachtessen</u> (z.B. 4 Bratkartoffeln, 1 Bratwurst, 2 Spiegeleier, 3 Stück Brot, Salat mit Putenstreifen)</p> | |
| <p><u>Spätimbiss</u> (z.B. 100g gesalzene Erdnüsse, 250g Nature-Chips, 1 Stück Brot mit Emmentaler)</p> | |



| Datum | Bemerkungen |
|--|-------------|
| <p><u>Frühstück</u> (z.B. 2 Tassen Kaffee mit Rahm und Zucker, 3 Brötchen mit Butter und Marmelade)</p> | |
| <p><u>Znüni</u> (z. B. 1 Fruchtjoghurt, 1 Banane, 1 Schokoladen-Riegel)</p> | |
| <p><u>Mittagessen</u> (z.B. Weisswein Suppe, 150g Nudeln mit Tomatensauce, zum Dessert 1 Cremeschnitte)</p> | |
| <p><u>Zvieri</u> (z.B. 1 Stück Erdbeertorte, 1 Apfel, Salami-Sandwich, 1 Muffin, 7 Gummibären, 3 Schokoladenkekse)</p> | |
| <p><u>Nachtessen</u> (z.B. 4 Bratkartoffeln, 1 Bratwurst, 2 Spiegeleier, 3 Stück Brot, Salat mit Putenstreifen)</p> | |
| <p><u>Spätimbiss</u> (z.B. 100g gesalzene Erdnüsse, 250g Nature-Chips, 1 Stück Brot mit Emmentaler)</p> | |



| Datum | Bemerkungen |
|--|-------------|
| <p><u>Frühstück</u> (z.B. 2 Tassen Kaffee mit Rahm und Zucker, 3 Brötchen mit Butter und Marmelade)</p> | |
| <p><u>Znüni</u> (z. B. 1 Fruchtojoghurt, 1 Banane, 2 Schokoladen-Riegel)</p> | |
| <p><u>Mittagessen</u> (z.B. Weisswein Suppe, 150g Nudeln mit Tomatensauce, zum Dessert 1 Cremeschnitte)</p> | |
| <p><u>Zvieri</u> (z.B. 1 Stück Erdbeertorte, 1 Apfel, Salami-Sandwich, 1 Muffin, 7 Gummibären, 3 Schokoladenkekse)</p> | |
| <p><u>Nachtessen</u> (z.B. 4 Bratkartoffeln, 1 Bratwurst, 2 Spiegeleier, 3 Stück Brot, Salat mit Putenstreifen)</p> | |
| <p><u>Spätimbiss</u> (z.B. 100g gesalzene Erdnüsse, 250g Nature-Chips, 1 Stück Brot mit Emmentaler)</p> | |



ESS- UND TRINKVERHALTEN

Essen Sie gerne Süsses?

Ja Nein

Wieviel pro Tag? _____

Wieviel pro Woche? _____

Auf was? (z.B. Kuchen, Schokolade, Glace)

Essen Sie gerne Snacks?

Ja Nein

Wieviel pro Tag? _____

Wieviel pro Woche? _____

Auf was? (z.B. Chips, Salznüssli, Salzstängeli)

Haben Sie Essanfälle/-attacken?

(Während denen Sie unkontrolliert und schnell sehr grosse Mengen zu sich nehmen, bis ein unangenehmes Gefühl auftaucht)

Ja Nein

Wieviel pro Woche? _____

Wieviel pro Monat? _____

Verspüren Sie beim Essen ein Sättigungsgefühl?

Ja Nein

Essen Sie gelegentlich trotzdem weiter?

Ja Nein

Essen Sie bei starken Emotionen?

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

Ja Nein

Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie dann?

Essen Sie auch nachts?

Ja Nein

Welche Nahrungsmittel und wieviel pro Woche?

Wieviel trinken Sie pro Tag?

Weniger als 1 Liter/Tag

1 – 1.5 Liter/Tag

1.5 – 2 Liter/Tag

2.5 – 3 Liter/Tag

3 Liter/Tag und mehr

Menge in dl/Tag

Mineralwasser _____

Tee _____

Kaffee _____

Light-Getränke _____

Süssgetränke / Fruchtsäfte _____

Sonstiges: _____



SUCHTVERHALTEN

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wieviel pro Woche im Durchschnitt? _____

Bier _____dl/Woche (1 Stange sind 2.5dl)

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

Sonstiges _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wenn nein, haben Sie mal geraucht? _____

Wenn ja, wann haben Sie mit Nikotin aufgehört? _____

Konsumieren Sie noch andere Substanzen?

Wenn ja, welche und wieviel? _____

Wenn nein, haben Sie mal früher konsumiert? Wenn ja, wann Stopp und wieviel pro Tag?

BEWEGUNGSVERHALTEN

Ich bewege mich gerne ja nein

Bitte beschreiben Sie folgend Ihr aktuelles Bewegungsverhalten. Schildern Sie dabei z.B. Ihren routinemässigen Tagesablauf und die ungefähre Dauer (z.B. jeden Tag 30 Min. Gartenarbeit, Hundespaziergänge, Arbeitsweg mit dem Velo usw.)

Zusätzliche körperliche Aktivitäten und wie oft und wie lange (z.B 3x/Woche ins Fitness für 60 Min., Wandern, Joggen, Schwimmen, Pilates, Velo fahren usw.)



Leiden Sie unter folgenden Beschwerden / Symptomen?

Rückenschmerzen / Lumbago ja nein weiss nicht

Hüftbeschwerden ja nein weiss nicht

Kniebeschwerden ja nein weiss nicht

Gelenkschmerzen / Arthrose ja nein weiss nicht

Welche?

Harn oder Stuhlverlust beim Husten / Inkontinenz ja nein weiss nicht

Leiden Sie unter Herz-Kreislaufbeschwerden? ja nein weiss nicht

Wenn ja, welche und wer behandelt Sie?

Hatten Sie bereits eine Thrombose oder eine Lungenembolie? ja nein weiss nicht

Wann?

Sodbrennen / Refluxerkrankung ja nein weiss nicht

Hoher Blutzucker / Diabetes Mellitus Typ 2 ja nein weiss nicht

Medikamentös behandelt? - Seit wann und was?

Hohe Blutfette / Dyslipidämie ja nein weiss nicht

Medikamentös behandelt? - Seit wann und was?

Schilddrüsenerkrankung ja nein weiss nicht

Medikamentös behandelt? - Seit wann und was?

Starker Haarwuchs / Hirsutismus ja nein weiss nicht

Wenn ja, Wo?



Verstärktes Schwitzen ja nein weiss nicht

Hoher Blutdruck / Hypertonie ja nein weiss nicht

Medikamentös behandelt? - Seit wann und was?

Herzstechen / Angina Pectoris ja nein weiss nicht

Geschwollene Knöchel / Ödeme ja nein weiss nicht

Krampfadern / Varikose ja nein weiss nicht

Operiert?

Kurzatmigkeit / Dyspnoe ja nein weiss nicht

Gallensteine / Cholelithiasis ja nein weiss nicht

Operiert?

Gicht / Hyperurikämie ja nein weiss nicht

Medikamentös behandelt?

Haben Sie ein vermindertes Selbstwertgefühl ja nein weiss nicht

Meiden Sie die Öffentlichkeit? ja nein weiss nicht

Gehen Sie in öffentliche Schwimmbäder? ja nein weiss nicht

Fühlen Sie sich wegen Ihres Übergewichtes diskriminiert? ja nein weiss nicht

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Screening auf Schlaf-Apnoe-Syndrom

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Schnarchen Sie laut, sodass es durch geschlossene Türen hörbar ist? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig? Schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist es schon einmal Jemanden aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Body Mass Index über 35kg/m ² ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie über 50 Jahre alt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine grosse Kragenweite? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geschlecht = Männlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie nachts ein Atemhilfgerät? (CPAP) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

- 0 = würde niemals einnicken**
1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

| Situation | Wahrscheinlichkeit einzunicken | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Im Sitzen lesend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Fernsehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Summe: | | | | |



MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Welche der folgenden Eingriffe wurden bei Ihnen bereits vorgenommen:

Wenn ja, welches Jahr ungefähr:

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| Blinddarm (Appendektomie) | <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 |
| Knieoperation | <input type="checkbox"/> ja ____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Hüftoperation | <input type="checkbox"/> ja ____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Verwachsungen im Bauchbereich (Adhasiolyse) | <input type="checkbox"/> ja ____ | <input type="checkbox"/> nein |

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

Bitte organisieren Sie die Operationsberichte, Untersuchungsbefunde oder Spitalaustrittsberichte soweit möglich – Vielen Dank!

Leiden Sie an einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Sind Sie im Moment in Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____

Waren Sie früher mal in Behandlung? Wenn ja, beim wem? (bei einem stationären Aufenthalt, welche Klinik?

Hatten Sie Schwangerschaften?

Wenn ja, wann? Waren auch schwierige Schwangerschaften dabei? (z.B. Schwangerschaftsdiabetes)

Verhüten Sie? ja nein

Wenn ja, wie? _____

Haben Sie einen Kinderwunsch? ja nein

