adipositas netzwerk

**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: _____

Aktuelles Gewicht: _____kg Aktuelle Grösse: _____cm

spitäler schaffhausen KSW Kantonsspital Winterthur gzo spital wetzikon

adipositas netzwerk

**ERMÄCHTIGUNG ZUR EINHOLUNG MEDIZINISCHER AUSKÜNFTE UND ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN GEHEIMHALTUNGSPFLICHT**

Der/die Unterzeichnende entbindet

**Vorname/Name:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Adresse:** _____

**PLZ/Wohnort:** _____

**Telefonnummer:** _____

Gegenüber folgende Personen / Institution von der Schweigepflicht und ermächtigt sie / ihn medizinische Auskünfte zu erteilen und einzuholen:

**Vorname/Name:** KSW Kantonsspital Winterthur

**Bereich:** Klinik für Chirurgie

**Adresse, PLZ** Brauerstrasse 15, 8400 Winterthur

**Telefonnummer:** 052 266 24 80

Die oben genannten Institutionen und Personen sind berechtigt, Informationen und Unterlagen über medizinische Befunde (Diagnosen, Berichte, Krankengeschichte) und medizinische Auskünfte zu meiner Person einzuholen und Angaben an Drittpersonen (Krankenkasse, Hausarzt, weitere behandelnde Ärzte) weiterzugeben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/-in: _____

adipositas netzwerk

## 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

adipositas netzwerk

**FAMILIENANAMNESE:**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vater | ☐ | Mutter | ☐ |
| Grossmutter, väterlicherseits | ☐ | Grossmutter, mütterlicherseits | ☐ |
| Grossvater, väterlicherseits | ☐ | Grossvater, mütterlicherseits | ☐ |
| Onkel, väterlicherseits | ☐ | Onkel, mütterlicherseits | ☐ |
| Tante, väterlicherseits | ☐ | Tante, mütterlicherseits | ☐ |
| Sohn | ☐ | Bruder | ☐ |
| Tochter | ☐ | Schwester | ☐ |

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

_____

_____

adipositas netzwerk

**DIÄTERFAHRUNG UND/ODER ERNÄHRUNGSBERATUNG**

| **Jahr** | **Dauer der Diät / Ernährungsberatung** | **Welche Diät** | **In Begleitung vom Hausarzt, alleine oder Ernährungsberatung (wenn ja, welche)** | **Gewichtsverlust** | **Anschliessende Gewichtszunahme innerhalb welcher Zeit** |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Beispiel:*** *Jahr 2002* | *6 Monate* | *Weight Watchers* | *alleine* | *20kg* | *25kg innerhalb von 12 Monaten* |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

adipositas netzwerk

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

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

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

adipositas netzwerk

## ESS- UND TRINKVERHALTEN

**Essen Sie gerne Süsses?**

Ja Nein

Wieviel pro Tag? _____

Wieviel pro Woche? _____

Was? (z.B. Kuchen, Schokolade, Glace)

_____

**Essen Sie gerne Snacks?**

Ja Nein

Wieviel pro Tag? _____

Wieviel pro Woche? _____

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: _____

adipositas netzwerk

## 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?

_____

## BEWEGUNSVERHALTEN

Ich bewege mich gerne ja nein

Bitte beschreiben Sie folgend Ihr aktuelles Bewegungsverhalten. Schildern Sie dabei z.B. Ihren routinenmässigen 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.)

_____

_____

adipositas netzwerk

**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? _____ |

adipositas netzwerk

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? _____ |
| Nierensteine /Nephrolithiasis | ja | nein | weiss nicht | Operiert? _____ |
| 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 | |
| Haben Sie Ein- und/oder Durchschlafprobleme? | ja | nein | weiss nicht | |

adipositas netzwerk

## KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

### Screening auf Schlaf-Apnoe-Syndrom

| | |
|---|---|
| Schnarchen Sie laut, sodass es durch geschlossene Türen hörbar ist? | ja nein |
| Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig? Schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein? | ja nein |
| Ist es schon einmal Jemanden aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen? | ja nein |
| Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt? | ja nein |
| Haben Sie einen Body Mass Index über 35kg/m2? | ja nein |
| Sind Sie über 50 Jahre alt? | ja nein |
| Haben Sie eine grosse Kragenweite? | ja nein |
| Geschlecht = Männlich? | ja nein |
| Haben Sie nachts ein Atemhilfgerät? (CPAP) | ja 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 | | | | |
| Beim Fernsehen | | | | |
| Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag) | | | | |
| Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause | | | | |
| Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen | | | | |
| Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten | | | | |
| Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen | | | | |
| Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen | | | | |
| **Summe:** | | | | |

adipositas netzwerk

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

**Welche der folgenden Eingriffe wurden bei Ihnen bereits vorgenommen:**

| | | Wenn ja, welches Jahr ungefähr: | |
|---|---|---|---|
| Blinddarm (Appendektomie) | ☐ | ja ____ | ☐ nein |
| Galle (Cholezystektomie) | ☐ | ja ____ | ☐ nein |
| Entfernung der Gebarmutter (Hysterektomie) | ☐ | ja ____ | ☐ nein |
| Knieoperation | ☐ | ja ____ | ☐ nein |
| Hüftoperation | ☐ | ja ____ | ☐ nein |
| Verwachsungen im Bauchbereich (Adhasiolyse) | ☐ | ja ____ | ☐ 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

adipositas netzwerk

**MEDIKAMENTE**

**Nehmen Sie regelmässig Medikamente, Vitaminpräparate (auch selbstgekaufte) ein?**

| **Name/Präparate**<br><br>*Zum Beispiel: Cosaar* | **Dosis mg**<br><br>*5 mg* | **Tabletten, Brausetablette Tropfen, Pflaster**<br><br>*Tabletten* | **Dosierung**<br><br>*1-0-0-0* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Besten Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens.

Mit freundlichen Grüssen
Ihr Adipositas-Team

Datum:_____ Unterschrift:_____

spitäler schaffhausen KSW Kantonsspital Winterthur gzo spital wetzikon