

## 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 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 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 <sup>2</sup> ?	<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"/>
<b>Summe:</b>				



## 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

