



Fragebogen zur Erstanamnese

im Rahmen der Ernährungsberatung oder interdisziplinären Adipositas-Behandlung

Name, Vorname:

1. Allgemeines

Durch wen haben Sie Kontakt zu unserer Abteilung bekommen?

- Überweisung durch Hausarzt
- Empfehlung von Bekannten
- Über die Krankenkasse
- Internet
- Sonstiges: _____

2. Gewichtsverlauf

Körpergröße: _____ cm Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Falls Sie wegen Übergewicht kommen, seit wann besteht es?

Höchstes je erreichtes Gewicht?

Ihr Wunschgewicht liegt bei:

3. Ernährungsgewohnheiten und Lebensstil:

Wie viele Personen sind in Ihrem Haushalt?

Wer kocht bei Ihnen?

Wer kauft bei Ihnen ein?

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern bzw. sitzen Sie am Bildschirm?

Wie viele Stunden treiben Sie Sport pro Woche?

Welchen Sport üben Sie aus?

Wer aus Ihrer Familie ist übergewichtig?

Was essen Sie besonders gerne?

Was trinken Sie besonders gerne?

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Ihre Mahlzeiten zu festen Zeiten ein?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Kochen Sie regelmäßig zu Hause?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Fühlen Sie sich satt nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Essen Sie zwischen den Hauptmahlzeiten?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Haben Sie Heißhungerattacken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie oft? _____		
Wie oft essen Sie Fast Food?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Wie oft essen Sie Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Trinken Sie Softdrinks?	<input type="checkbox"/> ausschließlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Stehen Sie nachts auf um zu essen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ Zigaretten/Tag		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Nehmen Sie Abführmittel?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Erbrechen Sie nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

4. Maßnahmen zur Gewichtsreduktion / Diätvorgeschichte:

Wie häufig haben Sie bereits Diäten durchgeführt?

- noch nie 1-5 mal 5-10 mal regelmäßig (1 mal/Jahr) ständig

Welche Diäten haben Sie bisher **selbständig** durchgeführt?

a) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

b) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

c) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

d) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

Welche Diäten haben Sie **unter Anleitung des Hausarztes** oder der Krankenkasse durchgeführt?

a) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

b) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

c) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

d) Diät: _____ wann/wie lange? _____ Gewichtsverlust: _____

Hatten Sie bereits einen Kur- bzw. stationären Aufenthalt zur Gewichtsreduktion?

- nein ja

Wenn ja, wann? Wo? Dauer der Kur/des Aufenthaltes? Erreichte Gewichtsabnahme?

5. Krankengeschichte

Vorerkrankungen

Herz-Kreislauf

Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzkranzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann?
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Atmung

Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann?

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann?
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bewegungsapparat

Schmerzen in der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schmerzen in der Hüfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schmerzen in den Kniegelenken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Sind Sie schon einmal operiert worden? nein ja

Welche Operationen (vor Allem im Bauchraum) wurden durchgeführt und wann?

Haben Sie Sodbrennen?

immer häufig selten nie

Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?

Wenn ja, wann und wo?
