

Fragebogen Erstkontakt Adipositaszentrum

Vielen Dank für Ihre Kontaktanfrage in unserem Adipositaszentrum.

Um einen reibungslosen, möglichst schnellen und auf Sie individuell zugeschnittenen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns per E-Mail an adipositas@wkk.sh zu schicken. Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch per Post oder Fax zusenden. Unsere Kontakte finden Sie auf Seite 3/4 (unten).

Nachdem wir den Fragebogen zurückerhalten haben, werden wir uns innerhalb der nächsten vier Wochen bei Ihnen melden. **Bitte füllen Sie alles aus, bei Bedarf machen Sie gerne weitere Notizen auf der letzten Seite.**

Ihre Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Ihr aktuelles Gewicht:

Ihre Größe (cm):

Was war Ihr bisheriges Höchstgewicht?

Wann war das?

1. Welche Versuche haben Sie bisher unternommen um abzunehmen, ggfs. auch mit professioneller Hilfe?

Hierzu zählen beispielsweise Ernährungsberatungen auf ärztliche Verordnung, Kurmaßnahmen oder auch bestimmte Programme (z.B. Optifast 52, Mobilis, Doc Weight), die ebenfalls häufig von den Krankenkassen unterstützt werden.

WAS?	WANN?	WIE LANGE?	GEWICHTS- VERLUST IN KG?

2. Soziale Situation:

Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Sind Sie derzeit beruflich tätig? Ja Vollzeit / Tätigkeit...
Teilzeit/ Tätigkeit... als: _____
Rente Erwerbsminderungsrente Nein

Rauchen Sie? Ja Nein
_____ Stk./Tag

Trinken Sie Alkohol, wenn ja wie häufig und was? Ja Nein

3. Begleiterkrankungen

Bitte geben Sie an, ob Sie folgende Erkrankungen haben:

Bluthochdruck	Ja		Nein
Diabetes mellitus (Zucker-Erkrankung)	Ja	seit: _____	Nein
	Typ I		Typ II
	Wie wird behandelt?	Diät	Medikamente
			Insulin
Erhöhte Blutfette/ Cholesterin	Ja		Nein
Herzkrankheiten/ Herzinfarkt	Ja	Wann? _____ Was? _____	Nein
Thrombose	Ja	Wann? _____ Wo? _____	Nein
Lungenembolie	Ja	Wann? _____	Nein
Schlaganfall	Ja	Wann? _____	Nein
Luftnot bei Belastung	Ja		Nein
Asthma/ COPD	Ja	Was? _____	Nein
Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)	Ja		Nein
- CPAP-Schlafmaske?	Ja		Nein
Gelenk- oder Rückenschmerzen	Ja	Was? _____	Nein
Ich habe künstlichen Gelenkersatz (Knie, Hüfte o. ä.)	Ja	Wo? _____	Nein
Ich habe eine anerkannte Gehbehinderung	Ja		Nein
Ich bin auf Gehhilfen/ Rollator/ Rollstuhl angewiesen	Ja		Nein
Ich leide unter Sodbrennen	Ja	Wie oft? _____	Nein
Depressionen	Ja	in Behandlung	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja		Nein
Hormonstörung/ Unfruchtbarkeit	Ja		Nein
Erhöhte Harnsäure/ Gicht	Ja		Nein

Andere Erkrankungen:

4. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein, oder legen Sie alternativ einen aktuellen Medikamentenplan bei.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden? Ja, nämlich: _____ Nein

Hatten Sie schon einmal eine Adipositas Operation? Ja Nein

Was?: _____ Wann?: _____ Wo?: _____

Wünschen Sie sich eine Adipositas Operation? Ja bin mir unsicher Nein

Gibt es Magenkrebs in Ihrer Familie? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Bitte listen Sie **hier** Ihre Allergien auf:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass wir Sie für eine Terminvereinbarung oder weitere Nachfragen per Telefon oder per E-Mail kontaktieren dürfen.

Wann und wie sind Sie am besten erreichbar? _____

Datum:

Unterschrift:

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

E-Mail: adipositas@wkk.sh – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen. **Telefon:**

0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV

Platz für weitere Notizen und Informationen an uns:

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide

E-Mail: adipositas@wkk.sh – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen. **Telefon:**
0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV

Fragebogen zum Schlafapnoe Risiko*

Schnarchen?

Ja

Nein

Schnarchen Sie laut bzw. so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen?

Müde?

Ja

Nein

Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?

Aufgefallen?

Ja

Nein

Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?

Blutdruck?

Ja

Nein

Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

Body Mass Index?

Ja

Nein

Haben Sie einen Body Mass Index über 35 kg/m²?

Alter?

Ja

Nein

Sind Sie über 50 Jahre alt?

Große Kragenweite?

Ja

Nein

Gemessen um den Kehlkopf: Haben Sie eine Kragenweite von 40 cm oder mehr (**Frauen**) bzw. 43 cm oder mehr (**Männer**)?

Geschlecht = Männlich?

Ja

Nein

* University Health Network, weitere Informationen unter www.stopbang.ca

Niedriges OSA-Risiko

0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko

3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko

5-8 Fragen mit Ja beantwortet

oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, 'Ja' + männl. Geschl.

oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, 'Ja' + BMI > 35 kg/m²

oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, 'Ja' + große Kragenweite

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

E-Mail: adipositas@wkk.sh – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen. **Telefon:**

0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Fragebogen zur genetisch veranlagten Adipositas

Mit den folgenden Fragen wollen wir herausfinden, ob bei Ihnen möglicherweise eine der sehr seltenen direkt genetisch verursachten Varianten eines krankhaften Übergewichtes vorliegt. Sprechen Ihre Antworten und weitere medizinische Aspekte hierfür, so kann dies mit einer speziellen Blutuntersuchung weiter untersucht werden; das Ergebnis kann im Einzelfall auch für die Behandlung Ihrer Adipositas von Bedeutung sein.

Für weitere Informationen verweisen wir auf folgende Website: www.nimmersatt.info

Daher bitten wir Sie, die folgenden **4** Fragen zu beantworten.

Fragen:

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Waren Sie schon als Kind (z.B. zur Einschulung) besonders dick? | Ja | Nein |
| 2. Haben oder hatten Sie besonders starken „unstillbaren“ Hunger? | Ja | Nein |
| 3. Kreisen Ihre Gedanken ständig um das Essen bzw. sind Ihre Gedanken früher ständig um das Essen gekreist? | Ja | Nein |
| 4. Haben Sie schon mal Essen gehortet/versteckt bzw. auch heimlich gegessen? | Ja | Nein |

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

E-Mail: adipositas@wkk.sh – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen. **Telefon:**

0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259