

Datum:

Personalien:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Größe in cm	
Gewicht in kg	
Body-Maß-Index (BMI)	

Gewichtsvorgeschichte:

1. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal deutliches Übergewicht:

Alter: Gewicht:

Diätvorgeschichte:

2. Wann haben Sie Ihre erste Diät gemacht?

Alter: (Jahr:)

3. Welche Diätversuche haben Sie bisher hinter sich?

- Weight Watchers
- Aetkins
- Optifast
- Trennkost
- Herbalife
- Nulldiät
- Slim-Fast
- Verschiedenes (Brigitte-Diät, Figura-Fit, etc.)

4. Hatten Sie bereits einen Kuraufenthalt zur Gewichtsreduktion?

- ja nein

Wenn ja, wie häufig und über welchen Zeitraum?

..... mal Wochen

Behandlungszentrum:	Knappschafts Krankenhaus Recklinghausen		
Version: 03	Erstellt: 03.08.09	Geprüft: 05.08.09	Freigabe: 05.08.09
Datum: 07.01.2014	Eva Wolf	Prof. Dr. Büsing	Prof. Dr. Büsing
Seite 1 von 4	Oecotrophologin	Chefarzt	Chefarzt
Verantwortlicher:		Zuletzt geprüft am	

5. Nennen Sie bitte die Diäten, bei denen Sie mehr als 5 kg abgenommen haben:

	Diätart	Gewichts- verlust	Zeitraum	Alter bei Diät	Gewicht bei Diätbeginn
1					
2					
3					

6. Wenn Sie wieder zugenommen haben, was waren aus Ihrer Sicht die Gründe dafür?

- Stress
- Frustration
- kein Sättigungsgefühl
- familiäre Probleme
- kein Durchhaltevermögen
- Sonstiges:

7. Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele pro Tag?

..... Stück

8. Trinken Sie Alkohol?

- Nie
- Selten
- Gelegentlich
- Regelmäßig

9. Welche Medikamente nehmen Sie?

- ASS
- Marcumar
- Insulin (Einheiten pro Tag): _____
- Antidiabetiker Tabletten: _____

Sonstige:

Behandlungszentrum:	Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen		
Version: 03	Erstellt: 03.08.09	Geprüft: 05.08.09	Freigabe: 05.08.09
Datum: 07.01.2014	Eva Wolf	Prof. Dr. Büsing	Prof. Dr. Büsing
Seite 2 von 4	Oecotrophologin	Chefarzt	Chefarzt
Verantwortlicher:		Zuletzt geprüft am	

10. Leiden Sie unter Depressionen? ja nein

Wenn ja, werden Sie aufgrund Ihrer Depressionen behandelt? ja nein

11. Hatten Sie schon einmal Probleme mit dem Alkoholkonsum oder dem Konsum anderer Drogen? ja nein

12. Leiden Sie unter Sodbrennen? ja nein

13. Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welchen Sport und wie häufig? _____

14. Leiden Sie unter Essattacken? ja nein

Nebenerkrankungen:

15. Leiden Sie an einer dieser Erkrankungen?
- Diabetes
 - Asthma
 - Herzerkrankung
 - Bluthochdruck
 - Nierenerkrankung
 - Lungenerkrankung
 - Gallensteine
 - Schlafapnoe
 - Lebererkrankung

Orthopädische Beschwerden:

16. Haben Sie Schmerzen im Bereich der ?
- Wirbelsäule
 - Hüften
 - Kniegelenke
 - Sprunggelenke
 - Füße

17. Haben Sie Arthrose? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

18. Hatten Sie schon einen Bandscheibenvorfall? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Behandlungszentrum:	Knappschafts Krankenhaus Recklinghausen		
Version: 03	Erstellt: 03.08.09	Geprüft: 05.08.09	Freigabe: 05.08.09
Datum: 07.01.2014	Eva Wolf	Prof. Dr. Büsing	Prof. Dr. Büsing
Seite 3 von 4	Oecotrophologin	Chefarzt	Chefarzt
Verantwortlicher:		Zuletzt geprüft am	

19. Hatten Sie bereits Voroperationen (speziell im Bauchraum)?

Allgemeines:

20. Wie haben Sie sich über chirurgische Maßnahmen zur Gewichtsreduktion kundig gemacht?

- Fernsehen
- Zeitung
- Internet
- Selbsthilfegruppen
- Ärztliche Beratung
- Krankenkasse

21. Hatten Sie schon einen Magenballon?

- ja nein

22. Für welchen chirurgischen Eingriff interessieren Sie sich?

22. Möchten Sie einen Antrag für eine Kostenübernahme der Krankenkasse stellen?

- ja nein

23. Haben Sie bereits eine Kostenzusage?

- ja nein

24. Sind Sie Selbstzahler?

- ja
 nein
 eventuell

Platz für Anmerkungen

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit !!!

Behandlungszentrum:	Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen		
Version: 03	Erstellt: 03.08.09	Geprüft: 05.08.09	Freigabe: 05.08.09
Datum: 07.01.2014	Eva Wolf	Prof. Dr. Büsing	Prof. Dr. Büsing
Seite 4 von 4	Oecotrophologin	Chefarzt	Chefarzt
Verantwortlicher:		Zuletzt geprüft am	