



Angaben zum Kontakt

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Handynummer

E-Mailadresse

Hausarzt

Krankenversicherung

St. Martinus-Krankenhaus | Düsseldorf
Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie
Adipositaszentrum
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie

Chefarzt/Leitung Adipositaszentrum:
Dr. med. Dmitrij Dajchin

Gladbacher Straße 26
40219 Düsseldorf

Telefon: +49 211 917-1417, -2992 und -1416

E-Mail: adipositas@martinus-duesseldorf.de



Allgemeine Fragen

Größe (in cm):

Aktuelles Gewicht (in kg):

Geschlecht: weiblich männlich divers

Übergewicht besteht seit Lebensjahr:

Was war ihr höchstes Gewicht bisher (in kg)?

In welchem Jahr?

Leben Sie in einer Partnerschaft?

Nein Ja

Anzahl der leiblichen Kinder:

Unerfüllter Kinderwunsch? Nein Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss Hauptschule/Volksschule

Realschule/Mittlere Reife Hochschulreife

anderer

Haben Sie eine Berufsausbildung?

keine noch in Ausbildung Hochschule

Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

andere

Sind sie derzeit erwerbstätig?

nicht erwerbstätig Vollzeit (> 35 h/Woche)

Teilzeit (15–35 h/Woche) Teilzeit (< 15 h/Woche)

Hausfrau/Hausmann arbeitsunfähig

berentet sonstiges

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder

Adipositas? (z.B. Mutter, Vater, Kinder, Geschwister)

Nein Ja Falls ja, wer?

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes (Zuckererkrankung)?

Nein Ja Falls ja, wer?

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)

Frei nur mit Hilfsmitteln

sehr eingeschränkt (immobil)

Rauchen Sie?

Nein Ja Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wie viel Jahre rauchen Sie?

Falls Sie mit dem Rauchen aufgehört haben, wann?

Alkohol und/oder andere Drogen

Alkohol: Nein Ja Drogen: Nein Ja



Fragen zu Ihrer Gesundheit – Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1

Nein Ja Seit (Jahr)

Diabetes Typ 2

Nein Ja Seit (Jahr)

Bluthochdruck

Nein Ja Seit (Jahr)

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

Nein Ja Wann (Jahr)

Hatten Sie eine Beinvenenthrombose?

Nein Ja

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)

Nein Ja CPAP-Behandlung/ -Maske

Fettstoffwechselstörung

Nein Ja

Harnsäureerhöhung/Gicht

Nein Ja

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)

Nein Ja

Gelenkerkrankungen/-schmerzen

Nein Ja

Welche?

Leiden Sie unter Depressionen?

Nein Ja

Leiden Sie unter Harninkontinenz?

Nein Ja

Leiden Sie unter Sodbrennen

Nein Ja

Erfolgte bereits eine Magenspiegelung?

Nein Ja Wann:

Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?

Nein Ja

Für Frauen:

Leiden Sie unter Zyklusstörungen? Nein Ja

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)

Nein Ja



Medikamente und Dosierung

Medikament

Dosierung

Medikament

Dosierung

Medikament

Dosierung

Medikament

Dosierung

Medikament

Dosierung

Medikament

Dosierung



Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit Schlüssellochtechnik (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch offen (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Blinddarmentfernung

Nein Ja

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Operationen am Magen

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Operationen am Darm

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

andere Operationen am Bauch

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Frauen: Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken

Nein Ja

Welche?

offene OP mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

Sonstige Operationen:



Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?

Nein Ja

Essen Sie nachts?

Nein Ja

Haben Sie Essanfälle?

Nein Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag

Neben-Mahlzeiten pro Tag

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag)

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

Nein weniger als 1 Stunde pro Woche

1 bis 2 Stunden pro Woche mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche?

Haben Sie bereits eine Adipositaselbsthilfegruppe besucht?

Nein Ja

Welche?

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1	Abnehmversuch 2	Abnehmversuch 3
Keine	Keine	Keine
Stationäre/Reha	Stationäre/Reha	Stationäre/Reha
Andere (ärztlich begleitet)	Andere (ärztlich begleitet)	Andere (ärztlich begleitet)
Optifast	Optifast	Optifast
Weight Watchers	Weight Watchers	Weight Watchers
Multimodales Therapiekonzept	Multimodales Therapiekonzept	Multimodales Therapiekonzept
Andere (nicht ärztlich begleitet)	Andere (nicht ärztlich begleitet)	Andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr:	Jahr:	Jahr:
Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:	Dauer in Monaten:
Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:
Kein Gewichtsverlust	Kein Gewichtsverlust	Kein Gewichtsverlust
bis 10 kg	bis 10 kg	bis 10 kg
11–20 kg	11–20 kg	11–20 kg
21–30 kg	21–30 kg	21–30 kg
mehr als 30 kg	mehr als 30 kg	mehr als 30 kg
unbekannt	unbekannt	unbekannt