

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? Ja Nein gelegentlich
Wenn ja, welche in welcher Dosierung?

Veränderungen der Adipositas assoziierte Erkrankungen:

HerzKreislauf:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Herzgefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
periphere Gefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mell II Insulinpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insulinpflichtig: Wie viele Insulin benötigen Sie jetzt pro Tag? _____ i.E.				
Diabetes mell. II Tablettenpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atmung:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Luftnot in Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ich habe ein CPAP-Gerät		<input type="radio"/> die Werte wurde verändert		<input type="radio"/> kein Gerät mehr

Bewegungsapparat:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Rücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in den Kniegelenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in Knöcheln/ Füßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sodbrennen: nie selten häufig ich nehme Medikamente dagegen



Sind andere Nebenerkrankungen vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Erkrankungen dazu gekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ernährungsgewohnheiten:

Wann hatten Sie Ihre letzte Ernährungsberatung?

noch nie vor 3 Monaten vor 6 Monaten vor 9 Monaten vor 12
Monaten > einem Jahr andere: _____

Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten nach der OP verändert?

Ja Nein

Wenn ja, wie? _____

Haben Sie regelmäßige Essenzeiten? Ja Nein gelegentlich

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein gelegentlich

Anzahl der Mahlzeiten: _____

Haben sich Ihre Portionen bei den Mahlzeiten verändert? Ja Nein

Wenn ja, wie? viel Kleiner Kleiner Unverändert Größer

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht essen können oder die regelhaft zu Schwierigkeiten führen? Wenn ja, welche?



Bewegungsgewohnheiten:

Wieviele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?

1-2 Stunden 2-4 Stunden mehr als 4 Stunden

Welche Sportarten üben Sie derzeit aus?

Schwimmen Fitness-Studio Reha-Sport NordicWalking

Sontiges; _____

Psychotherapeutische Behandlung:

Haben sich nach der Operation seelische oder sozialen Problemen ergeben?

Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Name und Telefon des Therapeuten (*Diese Angabe ist freiwillig. Wenn Sie uns Ihren Therapeuten nennen, werden wir Ihren weiteren Behandlungsverlauf im Bedarfsfall mit diesem abstimmen. Ggf. wird es dafür notwendig sein, dass Sie Ihren Therapeuten insoweit von seiner Schweigepflicht entbinden.*):

Haben Sie Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, dann sprechen Sie uns bitte an.

Sonstiges:

Planen Sie derzeit eine weitere Operation nach der Adipositas-Operation?

Wenn ja, welche?

Umwandlung zum Magenbypass Magenbandentfernung

Entfernung des Endobarrier Sonstiges: _____

Was können wir noch für Sie tun? _____

Lebensqualität:

MOOREHEAD-ARDELT FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT

(veröff. in BAROS)

Kreuzen Sie bitte an wie Sie Ihre Lebensqualität in den angegebenen Bereichen einschätzen

1. Ich fühle mich zumeist



sehr schlecht

sehr gut

2. Ich kann körperlich



sehr wenig unternehmen

sehr viel unternehmen

3. Meine Sozialkontakte sind



sehr unbefriedigend

sehr befriedigend

4. Ich bin in der Lage zu arbeiten



gar nicht

uncingeschränkt*

5. Meine Freude am Sex ist



sehr gering

Sehr groß

6. Meine Einstellung zum Essen ist:



ich lebe um zu essen

ich esse um zu leben

* Frage 4 angepasst an englische Originalversion (Moorehead-Ardelt II)

Datum/Unterschrift