

Adipositas Sprechstunde

Fragebogen

Für die Anmeldung in unserer Adipositas-Sprechstunde bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen wahrheitsgetreu und möglichst vollständig zu beantworten. **So erhalten wir wertvolle Informationen über Sie** und können Sie bereits ab der ersten Konsultation individuell und zielgerichtet beraten und behandeln. **Zusätzlich gewinnen wir Zeit für das persönliche Gespräch in unserer Sprechstunde.**

Nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens, **der Voraussetzung ist, um einen Termin in unserer Sprechstunde zu erhalten**, werden wir Sie baldmöglichst für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

TUM Campus im Olympiapark
Klinische Ernährungsmedizin
Ambulanz für Präventive Stoffwechsel- und Ernährungsmedizin
Am Olympiacampus 11
80809 München

Aus Datenschutzgründen bitte kein Versand per E-Mail!

Persönliche Angaben

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Nationalität	
Straße	PLZ/Ort
Telefon privat/tagsüber erreichbar	
Telefon mobil	E-Mail
Krankenkasse:	
☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler/in	

Hausärztin/Hausarzt _____

Zuweisende Ärztin/Arzt _____

Andere behandelnde Ärztinnen/Ärzte _____

Berufliche Situation

☐ aktuell berufstätig: Arbeitszeit _____ Stunden/Woche

Beruf _____ Schichtarbeit/Nachtarbeit? _____

☐ aktuell krankgeschrieben

☐ erwerbsunfähig/dienstunfähig zu _____ %

☐ Schwerbehinderung zu _____ %

☐ arbeitssuchend

☐ in Rente/Pension

☐ Studium

Familiäre Situation

☐ Ich lebe mit einer (Ehe-)Partnerin /einem (Ehe-) Partner zusammen

☐ Ich lebe allein

☐ Ich lebe im Haushalt meiner Eltern

☐ Ich habe Kinder: Anzahl _____ Alter der Kinder _____

☐ Das Kind/die Kinder leben in meinem Haushalt _____

Meine Fragen/Das möchte ich besprechen:

Notieren Sie hier bitte Ihre Fragen und Themen, die Sie in der Sprechstunde besprechen möchten.

Gewichtsverlauf

Körpergröße in cm _____ Gewicht (aktuell) in kg _____ (BMI _____ kg/m²)*

*wird von uns berechnet

Hatten Sie bereits als Kleinkind Übergewicht? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie bereits als Jugendliche/Jugendlicher übergewichtig? ☐ ja ☐ nein

Ihr Maximalgewicht _____ kg Wann? _____

Ihr übliches Gewicht _____ kg

Wann begann die Gewichtszunahme aus Ihrer Sicht?

(Heirat, Trennung, Scheidung, Rauchstopp, Schwangerschaft, Wechseljahre, Berufsbeginn, Stellenwechsel, Unfall, Schmerzen etc.)

Persönliche Ziele und Wünsche

Wer hatte die Idee, dass Sie zu uns in die Sprechstunde kommen?

Was wünschen Sie sich und was soll für Sie durch die Sprechstunde erreicht werden?

Wie wichtig ist es Ihnen, Gewicht abzunehmen?

☐ gar nicht wichtig

☐ wenig wichtig

☐ wichtig

☐ ziemlich wichtig

☐ sehr wichtig

☐ _____

Kurzkennzeichen _____

Wie zuversichtlich sind Sie?

- ☐ nicht zuversichtlich ☐ wenig zuversichtlich ☐ zuversichtlich
- ☐ ziemlich zuversichtlich ☐ sehr zuversichtlich ☐ _____

Ihr persönliches Gewichtsziel? _____ kg

Wie möchten Sie Ihr Wunschgewicht erreichen?

- ☐ konservative Gewichtsreduktion: reine Umstellung der Ernährungs-/Bewegungsgewohnheiten

- ☐ konservative Gewichtsreduktion mithilfe von Medikamenten*

- ☐ Gewichtsreduktion durch eine bariatrische Operation*

***Hinweis:** Für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gelten besondere Voraussetzungen

Bewegungsverhalten

Ich bewege mich

- ☐ täglich ☐ mehrmals pro Woche ☐ kaum

- ☐ ich kann mich nicht bewegen, weil

Alltagsaktivitäten

(welche Aktivität und ungefähre Dauer/Tag: Arbeitsweg zu Fuss oder mit dem Fahrrad? Hundespaziergänge, Gartenarbeit etc.)

Sportliche Aktivitäten

(welche Sportart und ungefähre Dauer/Tag: Wandern, Biken, Walken, Joggen, Schwimmen, Fitness, Pilates, Krafttraining etc.)

Adipositas/Übergewicht in der Familie

Gibt es weitere Familienmitglieder mit Übergewicht?

☐ Vater ☐ Mutter ☐ Geschwister ☐ andere _____

☐ insgesamt mehr als 3 nähere Verwandte

Finden sich andere Erkrankungen in der Familie und wenn ja welche Erkrankungen und bei wem?
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Krebs etc.?)

Wie und was haben Sie bisher versucht, um Gewicht abzunehmen?

Jahr	Diätdauer	Art der Diät	In Begleitung vom Hausarzt, Ernährungsberatung, Kurs, allein	Gewichtsabnahme	Anschließende Gewichtszunahme, innerhalb welcher Zeit
<i>Beispiel 2020</i>	<i>3 Monate</i>	<i>Weight Watcher</i>	<i>Weight Watcher</i>	<i>12 kg</i>	<i>20 kg innerhalb 12 Monate</i>

Ess- und Trinkgewohnheiten (an einem typischen Tag)

Erste Mahlzeit nach dem Aufstehen (Frühstück): _____ Uhrzeit

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (z.B. zuhause: 2 Tassen Kaffee mit Kaffeesahne / Milch, 2 Brötchen, ca. 20 g Butter, 1 Esslöffel Konfitüre etc.)

Im Laufe des Vormittags: _____ Uhrzeit

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause oder bei der Arbeit: z.B. 2 Kekse, 1 Stück Obst, 1 gezuckerter Joghurt etc.)

Am Mittag/Mittagessen: _____ Uhrzeit

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, Kantine, Restaurant: z.B. Menü mit Dessert und Suppe, Reste vom Vortag etc.)

Im Laufe des Nachmittags: _____ Uhrzeit

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, bei der Arbeit: z.B. 1 Stück Kuchen, 3 Kekse, 1 Stück Obst, 1 zuckerreduzierter Joghurt etc.)

Am Abend/Abendessen: _____ **Uhrzeit**

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause: z.B. 3-4 Scheiben Vollkornbrot, 2 Scheiben Bergkäse, 4 Scheiben Salami, kleiner Salat, 1 Schokopudding bzw. warmes Essen etc.)

Im Laufe des Abends/Spätimbiss: _____ **Uhrzeit**

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause, vor dem TV: z.B. 1 Handvoll Salzstangen oder Salznüsse, 2 Riegel Schokolade, Eis etc.)

In der Nacht: _____ **Uhrzeit**

☐ jeden Tag ☐ 4-6x/Woche ☐ 1-3x/Woche ☐ 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (vor dem Kühlschrank: z.B. 2 Scheiben Mischbrot, 60 g Emmentaler Käse etc.)

Wie häufig wird bei Ihnen gekocht:

☐ selten oder nie ☐ 1-2x/Woche ☐ 3-4x/Woche ☐ fast täglich ☐ täglich

Wer kocht? _____

Was und wie viel trinken Sie insgesamt pro Tag?

_____ ml Wasser, Mineralwasser, ungezuckerten Früchte-/Kräutertee

_____ ml gezuckerte Süßgetränke (z.B. Cola, Eistee, Limo etc.)

_____ ml Fruchtsaft

_____ ml künstlich gesüßte Süßgetränke (z.B. Cola zero, Eistee light, Light-Limo etc.)

_____ ml Kaffee/Schwarztee ☐ mit Zucker ☐ ohne Zucker

_____ ml Milch (z.B. in Kaffee, Tee, Kakao etc.)

Sonstige Getränke _____

Essverhalten:

Haben Sie das Gefühl, die Kontrolle beim Essen zu verlieren?

☐ nein ☐ manchmal ☐ Ja

Haben Sie Essanfälle/-attacken, bei denen Sie ohne Hunger unkontrolliert und schnell sehr große Mengen essen, bis ein unangenehmes Gefühl auftaucht?

☐ nein ☐ täglich ☐ fast täglich ☐ mehrmals/Monat ☐ seltener als 1x/Monat

Kommt es nach solchen Essanfällen manchmal vor, dass Sie versuchen, das Gegessene wieder „loszuwerden“ (z. B. durch Erbrechen, Abführmittel, mehr Sport oder Fasten)?

☐ nein ☐ ja, gelegentlich ☐ ja, regelmäßig _____

Haben Sie negative Emotionen/Gefühle, wenn Sie mehr oder anderes essen, als Sie sich vorgenommen haben?"

☐ nein ☐ manchmal ☐ Ja → Wenn ja, welche? _____

Spüren Sie Hunger

☐ ja ☐ manchmal ☐ nie

Spüren Sie Sättigung?

☐ nein ☐ nein, aber ich versuche, bewusst aufzuhören

☐ ja, und ich esse weiter ☐ ja, und ich höre auf

Haben Sie vor/während Ihrer Menstruation vermehrt Gelüste?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, was bevorzugen Sie dann?

☐ Süßes ☐ Salziges ☐ Fettiges

Essen Sie mehr bei Frust, Stress Langeweile, Einsamkeit, Sorgen, Ärger oder Freude (stimmungsabhängiges Essen)?

☐ nein

☐ manchmal, bei _____

☐ ja, bei _____

Essen Sie vor dem Fernseher?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie alleine?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie häufig zwischen den Mahlzeiten (Naschen/Snacken)?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie tagsüber meist wenig, dafür viel am Abend?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie auch nachts?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie täglich größere Mengen Süßigkeiten, Desserts oder salzige Snacks?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Essen Sie meist schneller als andere Personen?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ _____

Alkoholkonsum:

Konsumieren Sie Alkohol?

☐ nein ☐ ja - wenn ja, wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie folgende alkoholhaltige Getränke? (Fortsetzung nächste Seite)

Wein: _____ ml ☐ selten ☐ _____ – mal pro Woche ☐ täglich

Bier: _____ ml ☐ selten ☐ _____ – mal pro Woche ☐ täglich

Spirituosen: _____ ml ☐ selten ☐ _____ – mal pro Woche ☐ täglich

Andere alkoholhaltige Getränke (z. B. Mischgetränke, Cocktails):

_____ ml ☐ selten ☐ _____ – mal pro Woche ☐ täglich

Rauch- und Nikotinverhalten:

Rauchen oder konsumieren Sie derzeit Nikotinprodukte?

☐ Nein ☐ Ja - wenn ja, wie häufig und in welcher Menge?

☐ **Zigaretten:** ☐ selten ☐ ca. _____ Stück/Woche ☐ täglich ca. _____ Stück, seit: _____

☐ **E-Zigaretten:** ☐ selten ☐ ca. _____ /Woche ☐ täglich ca. _____ Stück, seit: _____

☐ **Zigarren:** ☐ selten ☐ ca. _____ Stück/Woche ☐ täglich ca. _____ Stück, seit: _____

☐ **Zigarillos:** ☐ selten ☐ ca. _____ Stück/Woche ☐ täglich ca. _____ Stück, seit: _____

☐ **Pfeife:** ☐ selten ☐ ca. _____ mal/Woche ☐ täglich ca. _____ mal, seit: _____

☐ **Shisha** ☐ selten ☐ ca. _____ mal/ Woche ☐ täglich ca. _____ mal, seit: _____

☐ **Nikotinkaugummi etc.:** ☐ ca. _____ Stück/Woche ☐ täglich ca. _____ Stück, seit _____

Haben Sie früher geraucht oder Nikotinprodukte konsumiert?

☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig, wenn ja, bitte ankreuzen/ausfüllen:

☐ **Zigaretten:** _____ Stück/Tag von _____ bis _____

☐ **E-Zigaretten** _____ /Tag von _____ bis _____

☐ **Zigarren/Zigarillos** _____ Stück/Tag von _____ bis _____

☐ **Pfeife:** _____ mal/Tag von _____ bis _____

☐ **Shisha:** _____ mal/Tag von _____ bis _____

☐ **Nikotinkaugummi etc.:** _____ mal/Tag von _____ bis _____

Gesundheitliche Vorgeschichte

Allergien und Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Z.B. Medikamente, Heuschnupfen, Laktoseunverträglichkeit, Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten.

Fragen zu Ihrer Tagesmüdigkeit – Epworth-Schläfrigkeitsskala

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

Wenn Sie gewisse Situationen nicht erlebt haben, dann versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre. Bitte geben Sie **für jeden untenstehenden** Punkt die Häufigkeit an:

nie = 0 selten = 1 gelegentlich = 2 oft = 3.

beim Lesen

Punkte _____

beim Fernsehen

Punkte _____

im Theater (im Publikum)

Punkte _____

als Beifahrer im Auto (>1 Std.)

Punkte _____

beim Hinlegen nachmittags

Punkte _____

beim Sprechen (sitzend)

Punkte _____

beim Sitzen nach dem Essen (ohne Alkohol)

Punkte _____

beim Autofahren/Anhalten (vor Rotlicht)

Punkte _____

Gesamtpunktzahl (0-24 Punkte): _____

Aktuelle Beschwerden/Symptome

Hinweis: Einige Gesundheitsangaben wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes oder Gicht betreffen sowohl aktuelle Beschwerden als auch Ihre allgemeine Krankengeschichte. Bitte füllen Sie beide Abschnitte entsprechend aus, sofern zutreffend.

***Wenn medikamentös behandelt, bitte in Tabelle auf Seite 15 eintragen!**

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Sodbrennen / saures Aufstoßen	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Gallensteine	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Urinabgang beim Husten/Niesen	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Rückenschmerzen (welcher Bereich?)	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Gelenkschmerzen/Arthrose (welche Gelenke?)	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Hautentzündungen in Hautfalten (wo? Brust, Bauch?)	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Hoher Blutzucker / Diabetes	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Hohe Blutfettwerte / Cholesterin	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Gicht	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Schilddrüsenerkrankung	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Übermäßiger Haarwuchs (wo? Gesicht, Brust ...?)	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Verstärktes Schwitzen	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Zyklusstörungen?	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Hoher Blutdruck / Hypertonie	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Enge in der Brust / Angina Pectoris	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Geschwollene Knöchel / Ödeme	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Krampfadern / Veneninsuffizienz	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Kurzatmigkeit / Luftnot	☐ Nein ☐ Ja		☐ Nein ☐ Ja*	
Schnarchen	☐ Nein ☐ Ja			
Nächtliche Atemaussetzer (beobachtet)	☐ Nein ☐ Ja			
CPAP-Gerät (Atemmaske) in Verwendung	☐ Nein ☐ Ja			

Schwierigkeiten bei der Blutzuckerregulation

Bei gewissen Menschen können im Rahmen der Nahrungsaufnahme Beschwerden auftreten. Diese können sehr unterschiedlich sein, treten jedoch meistens im Abstand von circa 1-3 Stunden nach dem Essen auf. Man bezeichnet dies als **postprandiale Hypoglykämie**.

Ursache dafür ist eine Unterzuckerung nach dem Essen. Normalerweise steigt nach dem Essen der Blutzuckerspiegel an und der Körper schüttet sofort ausreichend Insulin aus, um die Glukose (Traubenzucker) aus dem Blut in die Zellen zu transportieren und damit den Blutzucker zu senken. Bei Betroffenen funktioniert das nicht richtig. Die Insulinausschüttung ist verspätet oder zu stark, sodass nach dem Essen der Blutzucker ansteigt, dann aber zu stark abfällt und es zu den unten abgefragten Beschwerden kommt. Vor allem Patienten mit Adipositas oder Prädiabetes, einer Vorstufe des Diabetes mit bereits erhöhten Blutzuckerwerten, sind öfter von diesem Problem betroffen.

Verspüren sie häufiger Beschwerden, welche im Zusammenhang mit dem Essen (typischerweise 1-3 Stunden danach) auftreten?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, kreuzen sie bitte die zutreffenden Symptome an (Fortsetzung auf nächster Seite):

Schwitzen	☐ nein	☐ ja
Herzrasen/ -klopfen	☐ nein	☐ ja
Zittern	☐ nein	☐ ja
(Heiß-) Hunger	☐ nein	☐ ja
Verwirrtheit	☐ nein	☐ ja
Schwindel	☐ nein	☐ ja
untypisches/abnormales Verhalten	☐ nein	☐ ja

Sprachstörungen/ -schwierigkeiten	☐ nein	☐ ja
Koordinationsstörungen	☐ nein	☐ ja
Kopfschmerzen	☐ nein	☐ ja
Übelkeit	☐ nein	☐ ja
starke Müdigkeit	☐ nein	☐ ja
andere regelmäßig auftretende Beschwerden?	☐ nein	☐ Wenn ja, welche?

Psychisches Wohlbefinden

Frage / Symptom	Bemerkung		
Vermindertes Selbstwertgefühl (Problemzonen?)	☐ Nein	☐ Ja	
Meiden Sie die Öffentlichkeit?	☐ Nein	☐ Ja	
Besuchen Sie öffentliche Schwimmbäder?	☐ Nein	☐ Ja	
Fühlen Sie sich aufgrund Ihres Übergewichts diskriminiert?	☐ Nein	☐ Ja	
Leiden Sie an Depressionen?	☐ Nein	☐ Ja	
Sind Sie in psychologischer/ psychiatrischer Behandlung?	☐ Nein	☐ Ja	Bei wem?
Verminderte Libido/sexuelles Verlangen? (Veränderungen?)	☐ Nein	☐ Ja	

Allgemeine Krankengeschichte

Wurde bei Ihnen schon eine Krankheit diagnostiziert? (Thrombose, Lungenembolie, Herzkrankheit, Lungenkrankheit, Krebs, Darmentzündung etc.)
oder **hatten Sie eine schwierige Schwangerschaft?**

Jahr	Welche Krankheit?	Wo und durch wen behandelt?

Wurden Sie bereits operiert? (z. B. Mandeln, Blinddarm, Gallenblase, Gebärmutter, Gelenke, Krampfadern etc.)

Jahr	Welche Operation?	Wo und durch wen behandelt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Vitaminpräparate ein?
(verordnete oder selbst gekaufte)

Name des Präparats?	Dosis	Tablette, Brausetbl., Pflaster etc.	Dosierung
Zum Beispiel: Losartan	50 mg	Tabletten	1-0-1

Vielen Dank für Ihre Angaben. Wir freuen uns, Sie bald bei uns begrüßen zu dürfen!