



DIABETOLOGIE KAISERPASSAGE

ANAMNESEBOGEN ADIPOSITAS

ANGABEN ZUR PERSON

Name und Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort des Patienten/der Patientin

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Krankenkasse

Hausarzt

FRAGEN ZUM GEWICHTSVERLAUF

Größe _____ cm

derzeitiges Gewicht _____ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg Wann (etwa)? _____

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg Das war wann? _____

Meine bisher größte Gewichtsabnahme _____ kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei _____ kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche: _____ kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: _____ kg

WIE KONTROLLIEREN SIE IHR GEWICHT / IHRE KÖRPERFORM?

- | | | | |
|--|---------------|-----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Wiegen | _____ mal/Tag | _____ mal/Woche | _____ mal/Monat |
| <input type="checkbox"/> Eigene Messung des Bauchumfangs | _____ mal/Tag | _____ mal/Woche | _____ mal/Monat |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Kleidergröße | _____ mal/Tag | _____ mal/Woche | _____ mal/Monat |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Gürtellänge | _____ mal/Tag | _____ mal/Woche | _____ mal/Monat |

INTERNISTISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. Andrea Dustmann & Dr. med. Barbara Klarl · Fachärztinnen für Innere Medizin · Diabetologin

www.diabetologie-kaiserpassage.de · +49 (0)7121 15976-0

WIE HÄUFIG HABEN SIE BEREITS DIÄTEN DURCHGEFÜHRT?

- ☐ noch nie
- ☐ 1 – 5 mal
- ☐ 6 – 9 mal
- ☐ > 10 mal
- ☐ regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- ☐ halte ständig Diät

WELCHE MASSNAHMEN ZUR GEWICHTSVERRINGERUNG HABEN SIE DURCHGEFÜHRT?

Maßnahme	Dauer	Verlust (kg)	Wiederzunahme (kg)
Diäten in Eigenregie (Kohlsuppe, Brigitte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
„Pulverdiät“ Almased/BCM/Redumed etc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weight Watchers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktur/Heilpraktiker	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Optifast / Mobilis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mit Unterstützung Ihres Arztes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente z.B. Xenical/Reductil/Ac	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychotherapie (ambulant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Kur zum Abnehmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WARUM WOLLEN SIE ABNEHMEN?

FRAGEN ZUM LEBENSSTIL

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____

davon beruflich bedingt: _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja welche? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ☐ ja ☐ nein

Schämen Sie sich beim Sport (z. B. Schwimmen)? ☐ ja ☐ nein

Raucherstatus: ☐ Raucher ☐ Nicht-Raucher ☐ Ex-Raucher

Zigaretten/Tag: _____

Raucher seit: _____

geraucht über Jahre: _____

Essen Sie oft außer Haus, z. B. Fast Food Restaurants?

☐ immer ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

☐ Bier ☐ Wein/Sekt ☐ Spirituosen ☐ Cocktails/Alcopops

☐ täglich

___ mal/Woche _____

___ mal/Monat _____

Aus welchen Gründen?

☐ aus Gründen des Genusses

☐ aufgrund einer Alltagsgewohnheit

☐ um abzuspannen

☐ um von Problemen abgelenkt zu werden

☐ um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

FRAGEN ZUM ESSVERHALTEN

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?

- ☐ schnell
- ☐ langsam
- ☐ bewusst
- ☐ Zeitung lesend
- ☐ beim Fernsehen
- ☐ unregelmäßig

Wo essen Sie?

- ☐ im Wohnzimmer
- ☐ in der Küche
- ☐ bei der Arbeit
- ☐ unterwegs

Andere Orte:

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (Bitte Uhrzeit eintragen):

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?

- ☐ immer
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?

- ☐ immer
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?

- ☐ immer
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

Essen Sie Fast Food?

- ☐ immer
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bekommen Sie Ess-/Heißhungerattacken?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Was trinken Sie?

- ☐ Mineralwasser
- ☐ Cola, Fanta etc.
- ☐ Fruchtsäfte
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ anderes, was?

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch:

- ☐ ja
- ☐ nein

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

- ☐ ohne Abschluss
- ☐ Hauptschule/Volksschule
- ☐ Realschule/Mittlere Reife
- ☐ Hochschulreife
- ☐ anderer

Haben Sie eine Berufsausbildung, wenn ja welche?

- ☐ keine
- ☐ Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
- ☐ noch in Ausbildung
- ☐ Hochschule
- ☐ anderer

Sind Sie derzeit erwerbstätig:

- ☐ nicht erwerbstätig
- ☐ Vollzeit (> 35 h/Woche)
- ☐ Teilzeit (< 15 h/Woche)
- ☐ berentet
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Teilzeit (15-35 h/Woche)
- ☐ arbeitsunfähig
- ☐ anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas:

- | | | | |
|--------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Mutter: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| Vater: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| Kind(er): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| Geschwister: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Keine Geschwister <input type="checkbox"/> Unbekannt |

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität):

- ☐ frei
- ☐ nur mit Hilfsmitteln
- ☐ sehr eingeschränkt (immobil)

Zusätzliche Angaben:

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung/-Maske
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Harnsäureerhöhung/Gicht (PCO-Syndrom)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Polyzystisches Ovarialsyndrom	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Gelenkerkrankungen/-schmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche: _____
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann: _____

MEDIKAMENTE:

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INTERNISTISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. Andrea Dustmann & Dr. med. Barbara Klarl · Fachärztinnen für Innere Medizin · Diabetologinne
www.diabetologie-kaiserpassage.de · +49 (0)7121 15976-0

BITTE BEURTEILEN SIE, WIEWEIT IHR ÜBERGEWICHT SIE BELASTET.

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Ich bin wegen meines Übergewichtes schon oft in Verzweiflung geraten. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 2. Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Übergewichtes nicht erreichen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 3. Aufgrund meines Übergewichtes finde ich schwer Kontakt zu anderen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 4. An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 5. Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meinem hohen Gewicht. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 6. Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Übergewicht, könnte ich es viel weiter bringen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |

WELCHER DER FOLGENDEN AUSSAGEN KÖNNEN SIE ZUSTIMMEN?

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlag ich beim Abendessen richtig zu. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 2. Manchmal habe ich Angst, das Essen nicht einschränken zu können. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 3. Ich achte darauf, dass ich mindestens dreimal am Tag esse. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 4. In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 5. Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, Fernsehen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 6. Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 7. Ich bewege mich zu wenig. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 8. Unter der Woche esse ich meistens zu den gleichen Uhrzeiten. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 9. Während des Essens denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekomme dann Schuldgefühle. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 10. Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen. | <input type="checkbox"/> trifft zu |
| 11. Meistens esse ich mehr, weil ich nicht mehr rauche. | <input type="checkbox"/> trifft zu |

KOPIERVORLAGE: BITTE ÜBER 1 WOCHЕ FÜHREN

MEINE TAGESÜBERSICHT

Name und Vorname

Geburtsdatum

Datum

Wochentag

Mahlzeit	gegessen wurde...	getrunken wurde...
Frühstück	_____	_____
Ggf. Zwischenmahlzeit	_____	_____
Mittagessen	_____	_____
Ggf. Zwischenmahlzeit	_____	_____
Abendessen	_____	_____
Sonstiges	_____	_____

Sport: ☐ JA (welche Sportart und wie lange): _____
 ☐ NEIN

Besonderheiten an diesem Tag (z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier)
