

Patientenfragebogen

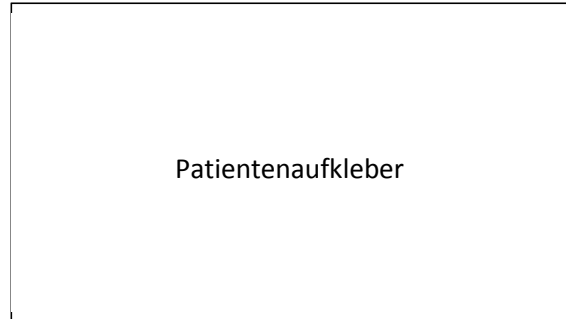
Adipositas-Sprechstunde

Tel. Nr.: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____

Gewicht: _____



Vorstellungsgrund: _____

Rauchen: nein ja wie viele: _____

Ich habe mit dem Rauchen aufgehört und _____ kg zugenommen.

Alkohol: nein ja gelegentlich

Sport: nein ja was: _____

wie oft/Woche: _____

Diese Diäten habe ich schon gemacht:

Weight Watchers Optifast Eiweiß-Diät FDH
SlimFast

Sättigungsgefühl: Ja Nein

Sonstige: _____

Gewichtsverlauf:

Kind _____ kg Teenager _____ kg 20 Jahre _____ kg

25 Jahre _____ kg 30 Jahre _____ kg 35 Jahre _____ kg

40 Jahre _____ kg Heute _____ kg

Belastbarkeit: schlecht mäßig gut

Wie viele Etagen ohne Atemnot: _____

Operationen:

Ich leide unter:

Depression

Bluthochdruck

Schnarchen

Herzrhythmusstörungen

Lungenerkrankung
z.B. Asthma bronchiale

Zuckerkrankheit

Kniebeschwerden

Schilddrüsenunterfunktion

Schlafapnoe-Syndrom

Bandscheibenvorfall

Rückenschmerzen

Sonstige Erkrankungen:

Medikamente: Nein Ja , welche, Dosierung und wie häufig?

Kuren: Nein Ja , welche, wo und wann?

Sozialanamnese

Verheiratet : Ja Nein

Kinder: Ja , Anzahl: _____ , Alter des/der Kinder: _____ Nein

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____