

# Fragebogen Erstkontakt Adipositaszentrum

Vielen Dank für Ihre Kontaktanfrage in unserem Adipositaszentrum.

Um einen reibungslosen, möglichst schnellen und auf Sie individuell zugeschnittenen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns per E-Mail an [adipositas@wkk-hei.de](mailto:adipositas@wkk-hei.de) zu schicken. Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch per Post oder Fax zusenden. Unsere Kontakte finden Sie auf Seite 3/4 (unten). Nachdem wir den Fragebogen zurückerhalten haben, werden wir uns innerhalb der nächsten vier Wochen bei Ihnen melden. **Bitte füllen Sie alles aus, bei Bedarf machen Sie gerne weitere Notizen auf der letzten Seite.**

## Ihre Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ihr aktuelles Gewicht:**

**Ihre Größe (cm):**

**Was war Ihr bisheriges Höchstgewicht?**

**Wann war das?**

## 1. Welche Versuche haben Sie bisher unternommen mit professioneller Hilfe abzunehmen?

Hierzu zählen beispielsweise Ernährungsberatungen auf ärztliche Verordnung, Kurmaßnahmen oder auch bestimmte Programme (z.B. Optifast 52, Mobilis, Doc Weight), die ebenfalls häufig von den Krankenkassen unterstützt werden.

WAS?	WANN?	WIE LANGE?	GEWICHTS- VERLUST IN KG?

## 2. Soziale Situation:

Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit beruflich tätig? Ja \_\_\_\_\_ Vollzeit / Tätigkeit...  
Teilzeit/ Tätigkeit... als: \_\_\_\_\_  
Rente \_\_\_\_\_ Erwerbsminderungsrente \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Stk./Tag

Trinken Sie Alkohol, wenn ja wie häufig und was? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

### 3. Begleiterkrankungen

**Bitte geben Sie an, ob Sie folgende Erkrankungen haben:**

Bluthochdruck	Ja		Nein
Diabetes mellitus (Zucker-Erkrankung)	Ja	seit: _____	Nein
	Typ I		Typ II
	Wie wird behandelt?	Diät	Medikamente
			Insulin
Erhöhte Blutfette/ Cholesterin	Ja		Nein
Herzkrankheiten/ Herzinfarkt	Ja		Nein
	wann _____		
Thrombose	Ja		Nein
Lungenembolie	Ja		Nein
Schlaganfall	Ja		Nein
Luftnot bei Belastung	Ja		Nein
Asthma/ COPD	Ja		Nein
Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)	Ja		Nein
Ich habe ein Sauerstoffgerät	Ja		Nein
Gelenk- oder Rückenschmerzen	Ja	Was? _____	Nein
Ich habe künstlichen Gelenkersatz (Knie, Hüfte o. ä.)	Ja	Wo? _____	Nein
Ich habe eine anerkannte Gehbehinderung	Ja		Nein
Ich bin auf Gehhilfen/ Rollator/ Rollstuhl angewiesen	Ja		Nein
Ich leide unter Sodbrennen	Ja	Häufigkeit? _____	Nein
Depressionen	Ja	in Behandlung	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja		Nein
Hormonstörung/ Unfruchtbarkeit	Ja		Nein
Erhöhte Harnsäure/ Gicht	Ja		Nein

Andere Erkrankungen:

## 4. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein, oder legen Sie alternativ einen aktuellen Medikamentenplan bei.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden? Ja, nämlich: \_\_\_\_\_ Nein

Hatten Sie schon einmal eine Adipositas Operation? Ja Nein

Wünschen Sie sich eine Adipositas Operation? Ja bin mir unsicher Nein

Gibt es Magenkrebs in Ihrer Familie? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Bitte listen Sie **hier** Ihre Allergien auf:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass wir Sie für eine Terminvereinbarung oder weitere Nachfragen per Telefon oder per E-Mail kontaktieren dürfen.

Wann und wie sind Sie am besten erreichbar? \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift:

**Adresse:** WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

**E-Mail:** [adipositas@wkk-hei.de](mailto:adipositas@wkk-hei.de) – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen.

**Telefon:** 0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

## Fragebogen zum Schlafapnoe Risiko\*

### Schnarchen?

Ja

Nein

Schnarchen Sie laut bzw. so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen?

### Müde?

Ja

Nein

Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?

### Aufgefallen?

Ja

Nein

Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?

### Schlafmaske?

Ja

Nein

Ich habe eine Schlafmaske?

### Blutdruck?

Ja

Nein

Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

### Body Mass Index?

Ja

Nein

Haben Sie einen Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?

### Alter?

Ja

Nein

Sind Sie über 50 Jahre alt?

### Große Kragenweite?

Ja

Nein

Gemessen um den Kehlkopf: Haben Sie eine Kragenweite von 40 cm oder mehr (**Frauen**) bzw. 43 cm oder mehr (**Männer**)?

### Geschlecht = Männlich?

Ja

Nein

\* University Health Network, weitere Informationen unter [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca)

<b>Niedriges OSA-Risiko</b>	0-2 Fragen mit Ja beantwortet
<b>Mittleres OSA-Risiko</b>	3-4 Fragen mit Ja beantwortet
<b>Hohes OSA-Risiko</b>	5-8 Fragen mit Ja beantwortet oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, Ja' + männl. Geschl. oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, Ja' + BMI > 35 kg/m <sup>2</sup> oder mind. 2 der 4 ersten Fragen, Ja' + große Kragenweite

**Adresse:** WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

**E-Mail:** [adipositas@wkk-hei.de](mailto:adipositas@wkk-hei.de) – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen.

**Telefon:** 0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV

Weitere Notizen ---->

Platz für weitere Notizen und Informationen an uns:

---

**Adresse:** WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide

**E-Mail:** [adipositas@wkk-hei.de](mailto:adipositas@wkk-hei.de) – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen.

**Telefon:** 0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV