

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

zu Ihrem Termin im Medicover Hannover MVZ, Schiffgraben 30, 30175 Hannover, bringen sie bitte den vollständig ausgefüllten Fragebogen mit.

Zusätzlich werden für diesen Termin noch folgende Unterlagen benötigt:

- Versicherungskarte
- **ALLE** Vorbefunde
- Die letzten verfügbaren Blutwerte
- Krankenhausbericht von dem OP-Aufenthalt
- Aktueller Medikamentenplan (mit allen Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln, Hormonen, usw.)

## Fragebogen Adiposilogie (Kontrolle)

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

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mit- und weiterbehandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche bariatrische Maßnahme wurde bei Ihnen durchgeführt / ist geplant?

Schlauchmagen       Roux-en-Y Magenbypass       \_\_\_\_\_

In welcher Klinik sind sie in Behandlung? \_\_\_\_\_

Wann war ihr letzter Termin in der Klinik? \_\_\_\_\_

Wann ist ihr nächster Termin in der Klinik? \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm; Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg;

Rauchen Sie?  Nein       Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten /Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Trinken Sie Alkohol?  Nein       Ja, \_\_\_\_\_ mal / Woche

### **Fragen zu Ihrer Ernährung**

Wie viele Mahlzeiten (Haupt- und Zwischenmahlzeiten) essen sie pro Tag?

\_\_\_\_\_ Hauptmahlzeiten und \_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten pro Tag.

Nehmen sie zusätzlich zu den Haupt- und Zwischenmahlzeiten Snacks zu sich?

Nein       Ja, \_\_\_\_\_ mal / Tag

Nehmen sie ausreichend Eiweiß zu sich?

- Ja  Nein

Nahrung: \_\_\_\_\_ g / Tag      Supplemente: \_\_\_\_\_ g / Tag

Bestehen Probleme bei der Nahrungsaufnahme?

- Nein       Übelkeit       Erbrechen       Dumping, wann: \_\_\_\_\_  
 Durchfall       Verstopfung       Reflux       sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie viel trinken sie am Tag (nicht alkoholische Getränke)? \_\_\_\_\_ Liter / Tag

Was trinken Sie?

- Mineralwasser       Softdrinks(mit Zucker)       Softdrinks(ohne Zucker)       Saft  
 Tee       Kaffee       anderes: \_\_\_\_\_

Gehen sie regelmäßig spazieren?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Stunden /Woche

Treiben sie regelmäßig Sport?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Stunden /Woche

Was für Sport machen Sie?

- Ausdauertraining: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche       Muskeltraining: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche  
 sonstiges: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

**Wann wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen zuletzt durchgeführt?**

Magenspiegelung: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Knochendichtemessung: \_\_\_\_\_

Ultraschall der Gallenblase: \_\_\_\_\_

Ultraschal der Nieren: \_\_\_\_\_

Sammelurin: \_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE / VITAMINE / MINERALSTOFFE / EIWEIßPRÄPARATE	STÄRKE / ZUSAMMENSETZUNG	DOSIERUNG