

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
- Aktueller Medikamentenplan (mit allen Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln, Hormonen, usw.)

## Fragebogen Adiposilogie (Neu)

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

höchstes Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg im Jahr \_\_\_\_\_

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

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

### Haben sie folgende Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

|                                     |                               |                             |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Diabetes Typ 1                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Diabetes Typ 2                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Bluthochdruck                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Fettstoffwechselstörung             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Schilddrüsenerkrankung              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Schlafapnoe                         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Depression                          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Osteoporose                         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |
| Gelenkerkrankungen /<br>- schmerzen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche:<br>Seit (Jahren): _____ |
| Harnsäureerhöhung / Gicht           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____            |

### Frauen:

|               |                               |                             |                      |
|---------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PCO-Syndrom   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____ |
| Zyklusstörung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____ |
| Wechseljahre  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Seit (Jahren): _____ |

**WEITERE VORERKRANKUNGEN / BESCHWERDEN / ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN**

**SEIT WANN?**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MEDIKAMENTE / VITAMINE / MINERALSTOFFE / EIWEIßPRÄPARATE**

**STÄRKE / ZUSAMMENSETZUNG**

**DOSIERUNG**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wurde bei Ihnen eine Operation durchgeführt?

Nein

Ja

**WELCHE?**

**WANN?**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### 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

Haben sie Essanfälle / Heißhungerattacken?

Ja

Nein

Essen sie nachts?

Ja

Nein

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: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal an einer Ernährungsberatung teilgenommen?

- Ja, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie bereits Maßnahmen / Diäten zur Gewichtsverringerung durchgeführt?

- Nein  Ja

| WAS? | WANN? |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |

### Fragen zum Lebensstil / zur Bewegung

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich? \_\_\_\_\_ Stunden / Tag

Können sie Ihr Zuhause ohne Hilfsmittel (z.B. Rollator, Gehstock) verlassen?

- Ja  Nein, nur mit folgendem Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

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

**Fragen zur bariatrischen Maßnahme (sofern geplant)**

Welche bariatrische Maßnahme ist bei ihnen 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? \_\_\_\_\_