

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 / - schmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche: 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? _____