

Ergänzender persönlicher Fragebogen für das Erstgespräch

Die Beantwortung folgender Fragen ist – zusätzlich zu den StuDoQ Bögen – nach unseren langjährigen Erfahrungen wichtig, für die Planung Ihrer erfolgreichen und möglichst nebenwirkungsarmen, langfristigen Adipositas-Behandlung.

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum:** _____

Leiden oder litten Sie unter anderen ernsthaften Erkrankungen als den bereits abgefragten (z.B. KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen, Lungenembolien, Bluterkrankungen)?

Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt? Wenn ja, leiden Sie darunter?

Leiden Sie unter Verdauungsproblemen die zu Verstopfung/ Durchfall führen?
Gibt es spezifische Nahrungsmittelunverträglichkeiten/ Abneigung?

Rauchen Sie?

- noch nie
- aufgehört seit:
- geraucht von.....bis.....(Lebensjahr) //.....Zigaretten / Tag
- ja – seitLebensjahr:Zigaretten / Tag

Trinken Sie alkoholische Getränke?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Nie | <input type="checkbox"/> |
| Selten | <input type="checkbox"/> |
| Gelegentlich | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßig wenig | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßig viel | <input type="checkbox"/> |

Leiden Sie unter Luftnot?

Ja Nein

Wenn ja:

- bei sportlicher Belastung
- bei normaler Alltagbelastung
- in Ruhe

Name, Vorname:

Was bedeutet für Sie Essen?
Haben Sie momentan ein Sättigungsgefühl nach dem Essen?
Was sollte nach der Operation anders/ besser/ erreicht sein, damit Sie persönlich diesen Eingriff als Verbesserung für sich verbuchen würden?

Datum _____