



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Erhebungsbogen für die Nachsorge: 3-Monate nach Ihrer OP



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach Ihrer Adipositas-Operation steht nun der erste Termin für Ihre Nachsorge aus.

Um den Erfolg Ihrer Operation beurteilen und den weiteren Verlauf Ihrer Behandlung planen zu können, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Nachsorgetermin mitzubringen.

Bitte beachten Sie, dass Sie hier für die Zeit nach Ihrer Operation befragt werden.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Allgemeine Fragen

Aktuelles Gewicht _____ kg

Bitte geben Sie folgende Angaben für den Zeitraum **seit Ihrer Operation** an.

Haben regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht? Nein Ja

Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten? Nein Ja

Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen? Nein Ja

Haben Sie regelmäßig Sport betrieben? Nein Ja

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) frei nur mit Hilfsmitteln sehr eingeschränkt (immobil)

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate ein? Nein Ja

Wenn "Ja", welche:

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Ich habe die folgenden Fragen mit meinem Hausarzt besprochen Nein Ja

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1 Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Diabetes Typ 2 Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Bluthochdruck Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Fettstoffwechselstörung Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Harnsäureerhöhung / Gicht Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS) Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Gelenkerkrankungen/schmerzen Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen? Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Harninkontinenz? Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Sodbrennen Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) _____