

Verlaufsbogen nach Adipositas- OP

Name, Vorname _____ Datum: _____

E-Mail-Adresse: _____

1. Nach welcher Portionsgröße tritt ein Sättigungsgefühl ein (Esslöffel, Brötchen)?

2. Gibt es Speisen, die sie meiden oder nicht mehr so gut vertragen?

3. Tägliche Trinkmenge und was wird getrunken? _____

4. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich? 1-2 3 mehr als 3

5. Haben Sie Schluckbeschwerden? oft gelegentlich selten nie

6. Haben Sie Bauchschmerzen? oft gelegentlich selten nie

7. Müssen Sie häufig aufstoßen? oft gelegentlich selten nie

8. Verspüren Sie häufig ein Völlegefühl? oft gelegentlich selten nie

9. Leiden Sie unter Übelkeit? oft gelegentlich selten nie

10. Müssen Sie häufiger Erbrechen? oft gelegentlich selten nie

11. Leiden Sie unter Sodbrennen? oft gelegentlich selten nie

12. Leiden Sie unter Verstopfung? oft gelegentlich selten nie

13. Leiden Sie unter Durchfall? oft gelegentlich selten nie

14. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Hat sich die Dosierung Ihrer gewohnten Tabletten geändert? ja nein

Wenn ja, welche? _____

15. Hat sich Ihre körperliche Fitness gebessert? ja nein

Im Alltag: sehr deutlich wenig gar nicht

Beim Sport: sehr deutlich wenig gar nicht

16. Welche Bewegungseinheiten werden regelmäßig durchgeführt? Und wie oft/lange?

Welchen Sport treiben Sie? _____

_____ Min./Std. _____ pro Woche

ich mache gar kein Sport, weil _____

Bitte Rückseite beachten

Name, Vorname:

17. Aktuelle psychologische Betreuung? ja nein

wenn ja, ich welcher Form? _____

18. Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten pro Tag

19. Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

20. Welche Vitamine werden eingenommen?

21. Nehmen Sie regelmäßig Eiweißpräparate ein?

nein ja welches? _____

23. Wann sind Ihre Blutwerte/ Vitamine das letzte Mal bestimmt worden? Bei wem?

24. Sind Hautprobleme aufgetreten? ja nein

Störende Hautlappen? ja nein

wenn ja, wo? _____

25. Sind andere Beschwerden aufgetreten als die von uns abgefragten?

26. Für Patienten mit **Schlafapnoe-Syndrom:**

Benutzen Sie noch eine Maske? ja nein

27. Nur für Frauen

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja _____SSW, nein

Ist Kinderwunsch ein Thema? Ist eine Schwangerschaft geplant?

ja nein

Nur für **Patientinnen** mit einem **MAGENBAND:**

Ich bin mit der Röntgenuntersuchung einverstanden und bei mir liegt keine Schwangerschaft vor:

.....

Unterschrift Patientin