

## 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