

Fragebogen für Patienten

Patientendaten

Datum:

Geschlecht: M W D

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Überweisender Arzt:

Welchen Grund bzw. welche Motivation haben Sie, um Gewicht zu verlieren?

Allgemeinbefinden



Schmerzen

Keine Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sehr starke Schmerzen

Alltagsbewältigung

- ☐ Keine Einschränkungen in der Alltagsbewältigung
- ☐ Leichte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung
- ☐ Ich benötige Hilfe bei der Alltagsbewältigung

Ernährungsgewohnheiten

☐ Ein Ernährungstagebuch liegt vor

☐ Eine Essstörung ist bekannt

Anzahl der täglichen Mahlzeiten:

Bisherige Therapieversuche zur Gewichtsreduktion

☐ Ernährungstherapie (Diäten)

☐ Bewegungstherapie (Sport)

☐ Verhaltenstherapie (Strategien zur Lebensstilanpassung)

☐ Chirurgische Maßnahmen (z.B. Magen Bypass, Magenband etc.)

☐ Medikamente, welche:

Medikamente (auch rezeptfreie)

☐ Ich habe einen Medikationsplan dabei

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift: