



## Angaben zum Kontakt

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Handynummer

E-Mailadresse

Hausarzt

Krankenversicherung

**St. Martinus-Krankenhaus | Düsseldorf**  
Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Adipositaszentrum  
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie

Chefarzt/Leitung Adipositaszentrum:  
Dr. med. Dmitrij Dajchin

Gladbacher Straße 26  
40219 Düsseldorf

Telefon: +49 211 917-1417, -2992 und -1416

E-Mail: [adipositas@martinus-duesseldorf.de](mailto:adipositas@martinus-duesseldorf.de)



### Allgemeine Fragen

Größe (in cm):

Aktuelles Gewicht (in kg):

Geschlecht: weiblich männlich divers

Übergewicht besteht seit Lebensjahr:

Was war ihr höchstes Gewicht bisher (in kg)?

In welchem Jahr?

**Leben Sie in einer Partnerschaft?**

Nein Ja

Anzahl der leiblichen Kinder:

Unerfüllter Kinderwunsch? Nein Ja

**Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:**

ohne Abschluss Hauptschule/Volksschule

Realschule/Mittlere Reife Hochschulreife

anderer

**Haben Sie eine Berufsausbildung?**

keine noch in Ausbildung Hochschule

Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

andere

**Sind sie derzeit erwerbstätig?**

nicht erwerbstätig Vollzeit (> 35 h/Woche)

Teilzeit (15–35 h/Woche) Teilzeit (< 15 h/Woche)

Hausfrau/Hausmann arbeitsunfähig

berentet sonstiges

**Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder**

**Adipositas?** (z.B. Mutter, Vater, Kinder, Geschwister)

Nein Ja Falls ja, wer?

**Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes (Zuckererkrankung)?**

Nein Ja Falls ja, wer?

**Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)**

Frei nur mit Hilfsmitteln

sehr eingeschränkt (immobil)

**Rauchen Sie?**

Nein Ja Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wie viel Jahre rauchen Sie?

Falls Sie mit dem Rauchen aufgehört haben, wann?

**Alkohol und/oder andere Drogen**

Alkohol: Nein Ja Drogen: Nein Ja



**Fragen zu Ihrer Gesundheit – Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?**

**Diabetes Typ 1**

Nein Ja Seit (Jahr)

**Diabetes Typ 2**

Nein Ja Seit (Jahr)

**Bluthochdruck**

Nein Ja Seit (Jahr)

**Hatten Sie einen Herzinfarkt?**

Nein Ja Wann (Jahr)

**Hatten Sie eine Beinvenenthrombose?**

Nein Ja

**Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)**

Nein Ja CPAP-Behandlung/ -Maske

**Fettstoffwechselstörung**

Nein Ja

**Harnsäureerhöhung/Gicht**

Nein Ja

**Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)**

Nein Ja

**Gelenkerkrankungen/-schmerzen**

Nein Ja

**Welche?**

**Leiden Sie unter Depressionen?**

Nein Ja

**Leiden Sie unter Harninkontinenz?**

Nein Ja

**Leiden Sie unter Sodbrennen**

Nein Ja

**Erfolgte bereits eine Magenspiegelung?**

Nein Ja Wann:

**Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?**

Nein Ja

**Für Frauen:**

Leiden Sie unter Zyklusstörungen? Nein Ja

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)

Nein Ja



**Medikamente und Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**

**Medikament**

**Dosierung**



### Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit Schlüssellochtechnik (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch offen (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

---

#### Blinddarmentfernung

Nein            Ja

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Adipositas-Operation in der Vorgeschichte

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Operationen am Magen

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Operationen am Darm

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### andere Operationen am Bauch

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Frauen: Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken

Nein            Ja

Welche?

offene OP            mit Schlüssellochtechnik

Im Jahr

---

#### Sonstige Operationen:



**Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten**

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?

Nein                    Ja

Essen Sie nachts?

Nein                    Ja

Haben Sie Essanfälle?

Nein                    Ja

**Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:**

Haupt-Mahlzeiten pro Tag

Neben-Mahlzeiten pro Tag

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag)

**Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?**

Nein                    weniger als 1 Stunde pro Woche

1 bis 2 Stunden pro Woche                    mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche?

**Haben Sie bereits eine Adipositaselbsthilfegruppe besucht?**

Nein                    Ja

Welche?

**Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.**

**Abnehmversuch 1**

- Keine
- Stationäre/Reha
- Andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- Andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

**Gewichtsverlust in kg:**

- Kein Gewichtsverlust
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**Abnehmversuch 2**

- Keine
- Stationäre/Reha
- Andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- Andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

**Gewichtsverlust in kg:**

- Kein Gewichtsverlust
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**Abnehmversuch 3**

- Keine
- Stationäre/Reha
- Andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- Andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

**Gewichtsverlust in kg:**

- Kein Gewichtsverlust
- bis 10 kg
- 11–20 kg
- 21–30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt