

## FRAGEBOGEN FÜR DAS DIÄTOLOGISCHE GUTACHTEN VOR EINER BARIATRISCHEN OPERATION

Sehr geehrte Klientin / Patientin!  
Sehr geehrter Klient / Patient!

Bitte füllen Sie dieses Formular vor unserem Beratungstermin sorgfältig aus und bringen Sie diesen Fragebogen mit. Markieren Sie bitte jene Felder, die Sie nicht beantworten können, mit einem „X“ – wir werden diese Punkte während unseres Beratungsgesprächs gemeinsam ausfüllen.

### 1. PatientInnendaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Größe:			
Geburtsdatum:			
Taillenumfang:			
Taillenumfang: Messung bei BMI < 35kg/m <sup>2</sup> empfohlen	Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen	Taillenumfang (in cm)	
		Männer	Frauen
	<input type="checkbox"/> erhöht	≥ 94	≥ 80
<input type="checkbox"/> deutlich erhöht	≥ 102	≥ 88	

Gewichtverlauf:	
Aktuelles Gewicht:	
Beginn Gewichtsprobleme:	
Niedrigstes Gewicht:	
Höchstes Gewicht:	
Gewicht konstant seit:	
Gewicht zu-/ abnehmend seit:	
BMI:	
Adipositas Grad:	BMI (kg/m <sup>2</sup> ):
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad I     30,0–34,9
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad II     35,0–39,9
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad III     ≥ 40,0
Körperzusammen- setzung (z.B. BIA):	<input type="checkbox"/> Rz _____ <input type="checkbox"/> Rc _____ <input type="checkbox"/> PA _____

## 2. Abnehmversuche

Welche Abnehmversuche haben Sie in der Vergangenheit bereits durchgeführt? Bitte geben Sie wenn möglich auch das Jahr/Monat dazu an, sowie die Dauer in Wochen oder Monaten.

Diäten	Jahr (Dauer in Wochen/Monaten)	Erfolg / Verlauf (z.B. Konnten Sie das Gewicht halten?)
Weight Watchers ®		
Metabolic Balance ®		
Formula Diät (z.B. MyLine®, Almased®, Precon® etc.)		
Low Carb (z.B. Atkins Diät)		
Low Fat		
Dinner Cancelling		
10 in 2 (Bernhard Ludwig)		
Sasha Walleczek		
Diätpillen		
Herbalife ®		
Paleo Diät		
Heilfasten		
Sonstige Diätversuche (bitte geben Sie auch die Bezeichnung der Diät an):		

Was waren die Gründe für Ihren Abbruch der jeweiligen Diät?

### 3. Ergänzende therapierrelevante Daten

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte geben Sie den Namen des Medikaments an)?

Welche Nahrungsergänzungen / Vitamin- Mineralstoffsupplemente nehmen Sie ein?

Welche Intoleranzen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz         | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption       |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz        | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Glutensensitivität |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilchproteinallergie   | <input type="checkbox"/> Hühnereiweißallergie        |
| <input type="checkbox"/> Nuss/Samenallergie        | <input type="checkbox"/> Sojaallergie                |
| <input type="checkbox"/> Fisch/Schalentierallergie |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____           |  |

### 4. Sozialstatus:

a) Wohnsituation:

- alleine lebend                       Familie/Partnerschaft                       Wohngemeinschaft (WG)

b) Beruf: \_\_\_\_\_

Wochenarbeitsstunden: \_\_\_\_\_

- überwiegend sitzende Tätigkeit       überwiegend stehende Tätigkeit  
 schwere körperliche Tätigkeit       Schichtarbeit

c) Sind Sie bereits von einer Diätologin/einem Diätologen beraten worden?

- ja     nein      Wenn ja, zu welchem Thema? \_\_\_\_\_

d) Rauchen Sie?

- ja     nein      Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

e) Kinderwunsch/geplante Schwangerschaft:

- ja     nein      Wenn ja, wann planen Sie schwanger zu werden? \_\_\_\_\_

e) Bewegung:

Welche Bewegung machen Sie gerne (z.B. walken, Schwimmen, Radfahren...)

Wie oft pro Woche?

Sind körperliche Einschränkungen vorhanden?       ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 5. Food Frequency Check:

Bitte geben Sie an, wie häufig pro Woche Sie diese Lebensmittelgruppen konsumieren:

Lebensmittel	Nie bzw. weniger als 1x / Woche	1 x pro Woche	2-4 x pro Woche	5-6 x pro Woche	mehrmals täglich
Knabberien					
Obst					
Gemüse					
Flüssige Milch/Milchprodukte					
Käse					
Fleisch					
Wurst					
Fisch					
Eier					
Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Naturreis...)		:			
Weißmehlprodukte (Weißbrot, Nudeln, Reis..)					
Süße Getränke (Limonaden, Energy Drinks, Fruchtsäfte,...)					
Süßigkeiten					
Alkoholische Getränke					

## 6. Fragen zum Essverhalten

- a. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie täglich? (Wasser, Tee, Kaffee, Limonaden etc.)
- b. Mahlzeitenfrequenz – wie viele Mahlzeiten pro Tag essen Sie?
- c. Welche Zubereitungsarten bevorzugen Sie? (frittieren, backen, kochen, grillen etc.)
- d. Wer kocht zu Hause / wer geht einkaufen?
- e. Wie häufig pro Woche essen Sie auswärts (wie oft und wo?)
- f. Ist ein Hungergefühl vorhanden?  ja  nein
- g. Ist ein Sättigungsgefühl vorhanden?  ja  nein
- h. Haben Sie Heißhungerattacken?  ja  nein  
Falls ja, wie häufig kommen diese Heißhungerattacken vor?
- i. Snacken Sie während Sie anderen Tätigkeiten nachgehen (fernsehen, lesen, arbeiten am PC)?  
 ja  nein
- j. Essen Sie in der Nacht?  ja  nein Wenn ja, wie oft / Woche? \_\_\_\_\_
- k. Essen Sie mehr, wenn Sie traurig/gestresst sind?  
 ja  nein
- l. Essen Sie bis zu einem unangenehmen Völlegefühl?  
 ja  nein
- m. Essen Sie häufig größere Portionen als andere Personen in Ihrem Umfeld?  
 ja  nein Wenn ja, wie oft/Woche? \_\_\_\_\_
- n. Nehmen Sie sich Zeit für eine Mahlzeit / Kauen Sie ausreichend?  
 ja  nein

