

Fragebogen Erstkontakt Adipositaszentrum

Vielen Dank für Ihre Kontaktanfrage in unserem Adipositaszentrum.

Um einen reibungslosen, möglichst schnellen und auf Sie individuell zugeschnittenen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns per E-Mail an adipositas@wkk-hei.de zu schicken. Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch per Post oder Fax zusenden. Unsere Kontakte finden Sie auf Seite 3/4 (unten). Nachdem wir den Fragebogen zurückerhalten haben, werten wir ihn aus und kommen wieder auf Sie zu.

Bitte füllen Sie alles aus, bei Bedarf machen Sie gerne weitere Notizen auf der letzten Seite.

Ihre Daten:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ / Wohnort:

Straße:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Ihr aktuelles Gewicht:

Ihre Größe (cm):

Was war Ihr bisheriges Höchstgewicht?

Wann war das?

1. Welche Versuche haben Sie bisher unternommen mit professioneller Hilfe abzunehmen?

Hierzu zählen beispielsweise Ernährungsberatungen auf ärztliche Verordnung, Kurmaßnahmen oder auch bestimmte Programme (z.B. Optifast 52, Mobilis, Doc Weight), die ebenfalls häufig von den Krankenkassen unterstützt werden.

| WAS? | WANN? | WIE LANGE? | GEWICHTSVERLUST IN KG? |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. Soziale Situation:

Leben Sie in einer Partnerschaft?

Ja Nein

Haben Sie Kinder?

Ja Nein

Sind Sie derzeit beruflich tätig?

Ja Vollzeit / Tätigkeit

Teilzeit/ Tätigkeit

Rente Erwerbsminderungsrente Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein
 Stk./Tag

Trinken Sie Alkohol, wenn ja wie häufig und was?

Ja Nein

3. Begleiterkrankungen

Bitte geben Sie an, ob Sie folgende Erkrankungen haben:

| | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| Bluthochdruck | Ja | | Nein |
| Diabetes mellitus (Zucker-Erkrankung) | Ja | seit: _____ | Nein |
| | | Typ I | Typ II |
| | Wie wird behandelt? | Diät | Medikamente |
| | | | Insulin |
| Erhöhte Blutfette/ Cholesterin | Ja | | Nein |
| Herzkrankheiten/ Herzinfarkt | Ja | | Nein |
| | wann _____ | | |
| Thrombose | Ja | | Nein |
| Lungenembolie | Ja | | Nein |
| Schlaganfall | Ja | | Nein |
| Luftnot bei Belastung | Ja | | Nein |
| Asthma/ COPD | Ja | | Nein |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf) | Ja | | Nein |
| Ich habe ein Sauerstoffgerät | Ja | | Nein |
| Gelenk- oder Rückenschmerzen | Ja | Was? _____ | Nein |
| Ich habe künstlichen Gelenkersatz (Knie, Hüfte o. ä.) | Ja | Wo? _____ | Nein |
| Ich habe eine anerkannte Gehbehinderung | Ja | | Nein |
| Ich bin auf Gehhilfen/ Rollator/ Rollstuhl angewiesen | Ja | | Nein |
| Ich leide unter Sodbrennen | Ja | Häufigkeit? _____ | Nein |
| Depressionen | Ja | in Behandlung | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja | | Nein |
| Hormonstörung/ Unfruchtbarkeit | Ja | | Nein |
| Erhöhte Harnsäure/ Gicht | Ja | | Nein |

Andere Erkrankungen:

4. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein, oder legen Sie alternativ einen aktuellen Medikamentenplan bei.

| Medikament | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sind Sie schon einmal am Bauch operiert worden? Ja, nämlich: _____ Nein

Hatten Sie schon einmal eine Adipositas Operation? Ja Nein

Wünschen Sie sich eine Adipositas Operation? Ja bin mir unsicher Nein

Gibt es Magenkrebs in Ihrer Familie? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Bitte listen Sie **hier** Ihre Allergien auf:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr jederzeit widerrufbares Einverständnis, dass wir Sie für eine Terminvereinbarung oder weitere Nachfragen per Telefon oder per E-Mail kontaktieren dürfen.

Wann und wie sind Sie am besten erreichbar? _____

Datum:

Unterschrift:

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide.

E-Mail: adipositas@wkk-hei.de – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen.

Telefon: 0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV

Platz für weitere Notizen und Informationen an uns:

Adresse: WKK Heide, Adipositaszentrum, Haus I, Esmarchstraße 50, 25746 Heide

E-Mail: adipositas@wkk-hei.de – dies ist die einfachste und schnellste Art, uns direkt zu erreichen.

Telefon: 0481-785-4252 (AB: bitte Namen und Nummer hinterlassen, wir melden uns) **Fax:** 0481-785-4259

Ihr Adipositas-Team am WKK Heide – Referenzzentrum DGAV