



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Hausarzt/Hausärztin: _____

Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg BMI: ____ kg/m²

1. Allgemeine Angaben

1. Seit wann besteht das Übergewicht? _____

2. Gab es Phasen starker Gewichtszunahme oder -abnahme? Ja Nein
Wenn ja, wann und wodurch? _____

3. Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

4. Beruf / Tätigkeit: _____

5. Arbeitszeit: Schichtarbeit Tagschicht Nachschicht

6. Rauchen Sie? Ja Nein Alkoholkonsum: selten regelmäßig nie

2. Medizinische Vorgeschichte

1. Bestehen aktuell Erkrankungen? Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung Herz-Kreislauf-Erkrankung Arthrose Schlafapnoe Depression andere: _____

2. Aktuelle Medikamente (bitte Name und Dosis): _____

3. Frühere Diäten oder Therapien? Ja Nein – Wenn ja, welche und mit welchem Erfolg?

4. Frühere Operationen? Ja Nein – Wenn ja, welche und wann? _____

5. Familiäre Vorbelastungen (Übergewicht, Diabetes, Herzkrankheiten)? Ja Nein – Wenn ja, bei wem? _____

3. Essverhalten

1. Anzahl der Mahlzeiten pro Tag: _____

2. Regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein

3. Snacks zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein

4. Essen außer Haus? nie 1-2×/Woche >2×/Woche

5. Heißhungerattacken? Ja Nein – Wann am häufigsten? _____

6. Essen bei Stress/Emotionen? Ja Nein

7. Essverhalten: bewusst unkontrolliert schwankend

8. Ernährungstagebuch vorhanden? Ja Nein

4. Bewegung und Alltag

1. Sitzzeit pro Tag: _____ Stunden

2. Regelmäßiger Sport? Ja Nein – Wenn ja, welcher und wie oft? _____

3. Aktivitätsniveau: gering mittel hoch

4. Körperliche Einschränkungen (z. B. Gelenkschmerzen, Atemnot)? Ja Nein – Welche?

5. Schlaf & psychisches Wohlbefinden

1. Schlafdauer: _____ Std. – Schlafqualität: gut mittel schlecht

2. Schnarchen? Ja Nein – Schlafapnoe bekannt? Ja Nein

3. Tagesmüdigkeit/Erschöpfung? Ja Nein

4. Stimmungslage: ausgeglichen häufig traurig ängstlich gereizt

5. Psychologische/psychiatrische Behandlung aktuell? Ja Nein

6. Motivation & Ziele

1. Hauptziel der Behandlung: Gewichtsreduktion gesundheitliche Verbesserung mehr Lebensqualität Vorbereitung auf OP anderes: _____

2. Motivation zur Veränderung: sehr mittel wenig

3. Gewünschte Unterstützung: Ernährungsberatung Bewegungstherapie psychologische Begleitung ärztliche Betreuung Gruppentherapie

4. Bedenken/Ängste bzgl. Therapie? Ja Nein – Welche? _____

7. Sonstiges

Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?
