

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 ☐ Nachtschicht
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. Gelenksmerzen, 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?
