

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in meine Praxis gekommen um Unterstützung bei der Gewichtsreduktion zu bekommen. Um ein genaues Bild von der Entwicklung Ihres Übergewichts, Ihren Diätversuchen und Ihrer Lebensgewohnheiten zu bekommen, bitte ich Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

1. In welchem Alter hat die Entwicklung des Übergewichts bei Ihnen begonnen? _____

2. Welches Gewicht hatten Sie zum Zeitpunkt des Schulabschlusses? _____

3. Welches Gewicht hatten Sie bei Ihrer Hochzeit? _____

4. Hatten Schwangerschaften einen Einfluss auf ihr Körpergewicht? _____
Wenn ja, welchen?

5. Wie groß sind Sie und was ist Ihr derzeitiges Gewicht? _____ cm _____ kg

6. Wie hoch war Ihr maximales Körpergewicht? _____ kg

7. Welche Diäten haben Sie durchgeführt?
Wann wurden sie durchgeführt und mit welchem Erfolg?

Jahr	Art der Diät	wie lange durchgeführt	Gewichtsabnahme in kg
------	--------------	------------------------	-----------------------

7 a. Wurde eine Diät ärztlich begleitet? Wenn ja, welche?

7 b. Wurden stationäre Gewichtsreduktionen versucht
z.B. im Rahmen einer Reha-Maßnahme?

Jahr	Klinik	wie lange durchgeführt	Gewichtsabnahme in kg
------	--------	------------------------	-----------------------

8. Leiden Sie unter unkontrollierten Essanfällen? _____

8 a. Wenn ja, wie häufig treten sie auf? _____

9. Sind Sie verheiratet? _____

10. Haben Sie Kinder, wenn ja wie viele?

11. Haben Sie Unterstützung durch Familie, Angehörige, Freunde bei der Gewichtsreduktion?

12. Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

13. In welchem Beruf arbeiten Sie derzeit? _____

14. Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

15. Rauchen Sie, wenn ja wie viel? _____

16. Haben Sie früher geraucht, wenn ja bis wann? _____

17. Haben Sie jemals länger als 6 Monate Sport getrieben? _____

- 17 a. Wenn ja welchen? _____
- 17 b. Wie häufig pro Woche? _____
- 17 c. Wie lange dauerte jede Trainingseinheit? _____
18. Sind Sie derzeit regelmäßig körperlich aktiv? _____
- 18 a. Wenn ja, welchen Sport treiben Sie? _____
- 18 b. Wie häufig pro Woche? _____
- 18 c. Wie lange dauert jede Trainingseinheit? _____
19. Was glauben Sie ist die Ursache für Ihr Übergewicht?
- _____
20. Welches Körpergewicht möchten Sie erreichen? _____ kg
- 20.a. Bis wann möchten Sie dieses Gewicht erreicht haben? _____
21. Wie viel Zeit pro Woche in Stunden sind Sie bereit, für die Mahlzeitenzubereitung und körperliche Aktivität aufzubringen?
- _____
22. Wie oft gehen Sie einkaufen? _____
23. Wo gehen Sie einkaufen? _____
24. Essen Sie regelmäßig in der Kantine? _____
25. Um wie viel Uhr sind Sie in der Regel nach der Arbeit zu Haus? _____

26. Welche Vorerkrankungen haben Sie? _____

27. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? In welcher Dosis?

28. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die an folgenden Erkrankungen leiden?
Wenn ja, wer?

Diabetes mellitus Typ 2 _____ seit _____

Bluthochdruck _____ seit _____

Herzinfarkt _____ seit _____

Schlaganfall _____ seit _____

Übergewicht _____ seit _____