



## Fragebogen Adipositas Abklärung:

Name:..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnadresse: .....

.....

Telefon: .....

E-Mail:.....

Wie ist ihr aktuelles Gewicht: .....kg

Wie gross sind Sie? .....cm

**Bestehen bei Ihnen irgendwelche Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc)?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Wurden Sie schon mal operiert?**

Jahr:

Operation:

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**

Präparat:

Dosierung:

Einnahme:

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Waren Sie schon mal in Behandlung bei einer Ernährungsberatung?**

.....

.....

**Bitte listen Sie Ihre bisherigen Diäten auf (z.B. 2012, 6 Monate, Weight Watchers, -10kg, +12kg):**

Jahr:	Dauer:	Was:	Gewichtsverlauf:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung oder waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? Wenn ja, bei wem waren Sie in Behandlung?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Trinken Sie regelmässig Alkohol?**

Ja: .....    Nein: .....    Menge pro Tag: .....

**Rauchen Sie?**

Ja: .....    Nein: .....    Aufgehört: .....

**Treiben Sie Sport oder bewegen Sie sich regelmässig?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Sind Ihre Eltern, Geschwister oder nahe Verwandte übergewichtig?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Leiden Sie an saurem Aufstossen?**

.....

**Schnarchen Sie sehr stark oder ist eine Schlafapnoe bei Ihnen bekannt?**

.....  
.....  
.....

**Leiden Sie unter Gelenksbeschwerden?**

.....  
.....  
.....

**Wie setzen sich Ihre Mahlzeiten normalerweise zusammen?**

Frühstück: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Mittagessen: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Abendessen: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Zwischenmahlzeiten: .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Wieviel trinken Sie pro Tag und was für Getränke?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

.....

Datum: .....

Unterschrift: .....