

Anamnesebogen Erstberatung

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße: _____ Ort/PLZ: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Hausarzt: _____

(Ort/Straße): _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ Übergewicht: _____ kg

Höchstes Gewicht bisher: _____ kg im Jahr: _____

Taille: _____ cm Hüfte: _____ cm WHR: _____

Übergewicht seit Lebensjahr: _____

Allergien: _____

Nikotin: ☐ nein ☐ ja _____ Zigaretten täglich

Alkohol: ☐ nein ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Partnerschaft: ☐ Ja ☐ Nein Anzahl leibliche Kinder: _____

Erwerbstätig: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ berentet ☐ nicht erwerbstätig

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas: Ja ☐ Nein ☐

Bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Haben Diätversuche/Ernährungstherapie stattgefunden: ☐ Ja ☐ Nein

Wurde eine medikamentöse Vorbehandlung der Adipositas durchgeführt: ☐ Ja ☐ Nein

Präparat/Zeitraum: _____

Maximaler Gewichtsverlust: _____ kg im Jahr: _____

Sportliche Aktivitäten:

☐ Nein ☐ weniger als 1 Stunde pro Woche

☐ 1 bis 2 Stunde pro Woche ☐ mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche: _____

Anamnesebogen Erstberatung

Vorerkrankungen

	Ja	Nein	
Diabetes Typ 1	☐	☐	Seit Jahr _____
Diabetes Typ 2	☐	☐	Seit Jahr _____
Bluthochdruck	☐	☐	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	☐	☐	mit CPAP / Maske ☐
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	
Harnsäureerhöhung / Gicht	☐	☐	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	☐	☐	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	☐	☐	
Welche: _____			
Leiden Sie unter Depressionen?	☐	☐	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	☐	☐	
Leiden Sie unter Sodbrennen	☐	☐	
Lipödem	☐	☐	Stadium ____
Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis)	☐	☐	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	☐	☐	
Sonstige Erkrankungen: _____			

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends

Operationen

Ja	Nein	
☐	☐	Gallenblasenentfernung
☐	☐	Blinddarmentfernung
☐	☐	Adipositas-Operationen in der Vorgeschichte
		Welche:
☐	☐	Operationen am Magen
		Welche:
☐	☐	Operationen am Darm
		Welche:
☐	☐	Operationen an der Bauchwand
		Welche:
☐	☐	Andere Operationen am Bauch
		Welche:
☐	☐	Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken
		Welche:
☐	☐	Sonstige Operationen: _____

MMK 3 MMK 6 GLP-1/2 Ärztliche Anmerkungen: