

Selbstauskunftsbogen

<p>Krankenkasse Anschrift</p> <p>Telefon Fax Sachbearbeiter/-in</p>	
Angaben der/des Versicherten - zur Klärung der Indikation einer operativen Behandlung bei erheblichem Übergewicht -	
Versicherte/r: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon	
Behandelnder Ärztin/Arzt/Leistungserbringer: Name, Vorname, Gebietsbezeichnung, Anschrift, Telefon, Telefax	

Welche Operation ist bei Ihnen geplant?

Wurden Sie über die geplante Operation aufgeklärt? ja nein

A. Allgemein:

Ihre Körpergröße beträgt: _____ cm

Ihr derzeitiges Körpergewicht: _____ kg

Ihr bisher höchstes Körpergewicht betrug: _____ kg

Übergewicht seit: _____ Lebensjahr

Wunschgewicht: _____ kg

Das Gewicht vor 3 Jahren betrug: _____ kg

Berufliche Tätigkeit:

Familiäre Situation:

Behinderungen, Pflegestufe:

B. Welche Diäten wurden wann durchgeführt?

1. Diät / Programm	von - bis	Gewichtsverlust	erneute Zunahme
--------------------	-----------	-----------------	-----------------

2. Waren Sie wegen des Übergewichtes bereits in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung)?

Wo?	Wann ?	Wie lange?	Gewichtsverlust ?
-----	--------	------------	-------------------

--	--	--	--

3. Haben Sie an einer Ernährungsberatung bei einem/r geprüften Ernährungsberater/in oder einem Arzt/Ärztin mit Zusatzausbildung in Ernährungsmedizin teilgenommen (Wann?, Wie lange?)?

4. Welche Bewegungstherapien haben Sie bisher durchgeführt?

Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige körperliche Aktivität (Art, Dauer, wie oft?)

5. Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen? Bei wem (Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in), wann, wie lange?

Wurden Sie im Rahmen einer professionellen Ernährungsberatung über Verhaltensmaßnahmen begleitend zur Gewichtsreduktion und zur Aufrechterhaltung des Erfolges geschult?

Bei wem?

6. Haben Sie versucht, durch Medikamente Ihr Gewicht zu reduzieren. Wenn ja welche ?

C. Angaben zum Essverhalten

1. Welche Lebensmittel bevorzugen Sie (z. B. deftige Kost, Süßes, Fast food)?

2. Welche Getränke (Mengenangabe) nehmen Sie am liebsten zu sich?

3. Leiden Sie unter Heißhungeranfällen, Essattacken, die Sie nicht kontrollieren können? Auch nachts?

4. Lösen Sie manchmal absichtlich Erbrechen aus?

D. Angaben zu Vorerkrankungen

Wurden Sie bisher wegen Adipositas oder Begleiterkrankungen bei folgenden Facharztgebieten behandelt:

Innere Medizin/Allgemeinmedizin :	ja	nein
wegen Bluthochdruck	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Fettstoffwechselstörung	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein
Lungenerkrankung	ja	nein
Adipositas	ja	nein
andere	ja	nein

Erläuterung:

Orthopädie:	ja	nein
Nervenheilkunde/ Psychiatrie/Psychologie:	ja	nein

mit welcher Therapie:	Psychotherapie	ja	nein
	Verhaltenstherapie	ja	nein
	Medikamente	ja	nein

E. In welcher Einrichtung soll die Operation durchgeführt werden?

F. Wer übernimmt die Nachsorge und Betreuung nach der Operation?

G. Für welchen Zeitraum ist eine Weiterbehandlung nach der Operation geplant?

H. Welcher Ärztin/Arzt behandelt Sie aktuell bezüglich Ihres Übergewichtes?

Ich bin mit einer Befundanforderung bei den genannten Einrichtungen und Behandelnden einverstanden:

.....
Datum

.....
Unterschrift Versicherte(r)