

ANAMNESEBOGEN

Allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Beruf: _____ Familienstand: _____

Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, wie viele? _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Körpergröße und Körpergewicht

1. Aktuelle Körpergröße (in cm)? _____ Aktuelles Körpergewicht (in kg)? _____

2. Wie hoch war Ihr Höchstgewicht (in kg)? _____ Was ist Ihr Zielgewicht (in kg)? _____

3. Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Gewicht (1 = gar nicht, 10 = sehr zufrieden)? _____

4. Seit wann leben Sie mit Übergewicht? _____

5. Gibt es weitere Menschen mit Übergewicht in Ihrer Familie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn „JA“, wer? _____

Erkrankungen, Medikamente und Risikofaktoren

6. Haben Sie akute oder chronische Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

7. Wurde bei Ihnen eine obstruktive Schlafapnoe festgestellt? ☐ Ja ☐ Nein

8. Haben Sie regelmäßig Schmerzen (z. B. Gelenkschmerzen)? ☐ Ja ☐ Nein

9. Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck? ☐ Ja ☐ Nein

10. Hatten Sie schon einmal eine (akute) Bauchspeicheldrüsenentzündung? ☐ Ja ☐ Nein

11. Wurde bei Ihnen Typ-1-Diabetes diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein

12. Wurde bei Ihnen Typ-2-Diabetes diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein

13. Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen oder Angsterkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

15. Sind Ihnen Allergien bekannt? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche? _____
16. Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
17. Wie häufig trinken Sie Alkohol? ☐ Täglich ☐ Gelegentlich ☐ Sehr selten ☐ Nie

Schwangerschaft/Stillzeit (nur für Frauen)

18. Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
19. Ist eine Schwangerschaft geplant? Besteht ein Kinderwunsch? ☐ Ja ☐ Nein
20. Stillen Sie aktuell? ☐ Ja ☐ Nein

Ernährungsgewohnheiten, Bewegung und Gewichtskontrolle

21. Beschreiben Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten: Wie viele Haupt-/Zwischenmahlzeiten nehmen Sie täglich ein? Haben Sie Heißhungerattacken? Stehen Sie nachts auf, um zu essen? Erreichen Sie ein Sättigungsgefühl?

22. Welche Diäten haben Sie schon gemacht und welchen Erfolg hatten diese?

23. Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche Art von Sport und wie häufig pro Woche? _____

Gewichtskontrolle unter ärztlicher Betreuung

24. Waren Sie bereits in der Vergangenheit in ärztlicher Behandlung zum Zweck einer Gewichtskontrolle?
☐ Ja ☐ Nein
25. Nehmen Sie aktuell oder haben Sie in der Vergangenheit bereits Medikamente zur Gewichtsreduktion eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche? _____
26. Sind Sie interessiert an einer medikamentösen Lösung zur Behandlung der Adipositas? ☐ Ja ☐ Nein
27. Hatten Sie bereits Operationen zur Gewichtsreduktion?
☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche und wie viele? _____
