

Patienten-Fragebogen - Nachsorge

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Familienstand: ledig Lebensgemeinschaft verheiratet
 getrenntlebend geschieden verwitwet

Anzahl der Kinder: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Anschrift: _____

Berufstätig: Ja Nein Berufsunfähig Erwerbsunfähig
 Hausfrau/-mann Rente

Ausgeübter Beruf: _____

Teilzeit (<15h/Woche) Teilzeit (16-34h/Woche) Vollzeit >35h/Woche

vorwiegend sitzend vorwiegend stehend abwechslungsreich körperlich aktiv

Informationen zur Adipositas-Operation:

Operationsdatum: _____

Art der Operation: Magenband Magenbypass Schlauchmagen

Biliopancreatische Diversion mit Duodenal Switch

Biliopancreatische Diversion nach Scopinaro

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlust seit OP: _____ kg

Andere Adipositas-Therapien:

Art der Therapie: Magenballon EndoBarrier®

Datum der Anlage: _____

Wurde die andere Adipositas-Therapie beendet? Ja Nein

Datum der Entfernung: _____

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlust seit der Adipositas-Therapie: _____ kg

Information zu weiteren Operationen:

Hatten Sie in der Zwischenzeit weitere Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Informationen zur Nachsorge:

Wann war Ihre letzte Nachsorge? noch nie vor 3 Monaten

vor 6 Monaten vor 9 Monaten vor 12 Monaten > einem Jahr

Datum/Monat/Jahr der letzten Nachsorge: _____

Aktuelle Medikamenteneinnahme

Ich habe eine separate Medikamentenliste vom Hausarzt mitgebracht: Ja Nein

Medikamentenname	Dosierung (wie oft ,wie viel?)	Grund für die Einnahme	Einnahme seit:

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? Ja Nein gelegentlich

Wenn ja, welche in welcher Dosierung?

Veränderungen zur Ihrer Gesundheit

HerzKreislauf:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Herzgefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
periphere Gefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ I				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ II/Insulinpflichtig				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insulinpflichtig: Wie viel Insulin benötigen Sie jetzt pro Tag? _____ I.E.				
Diabetes mellitus Typ II/Tablettenpflichtig				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atmung:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Asthma Bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot in Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ich habe ein CPAP-Gerät		<input type="radio"/> die Werte wurden verändert		<input type="radio"/> kein Gerät mehr

Bewegungsapparat:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonarthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Rücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in den Kniegelenken				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in Knöcheln/ Füßen				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Erkrankungen:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zyklusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderwunsch	<input type="radio"/> erfüllt	<input type="radio"/> nicht erfüllt		
Besteht derzeit eine Schwangerschaft bei Ihnen?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
In welchem Woche/ Monat sind Sie?	_____			

Sind andere Erkrankungen vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Erkrankungen dazu gekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sodbrennen:

Hatten Sie vor der Operation Sodbrennen? Ja Nein

Wenn ja, wie oft hatten Sie *vor der Operation* Sodbrennen?

nie selten häufig ich nahm Medikamente dagegen

Haben Sie aktuell Sodbrennen? Ja Nein

Wenn ja, seit wann haben Sie Sodbrennen? _____

Wenn ja, wie oft haben Sie Sodbrennen?

nie selten häufig ich nehme Medikamente dagegen

Bitte füllen Sie zusätzlich die Fragebogen auf Seite 9 und 10 aus.

Ernährungsberatung:

Wann hatten Sie Ihre letzte Ernährungsberatung?

- noch nie vor 3 Monaten vor 6 Monaten vor 9 Monaten
 vor 12 Monaten > einem Jahr andere: _____

Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten nach der OP verändert?

- Ja Nein

Wenn ja, wie? _____

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein gelegentlich

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein gelegentlich

Anzahl der Mahlzeiten: _____

Haben sich Ihre Portionsgrößen (*seit dem letzten Besuch*) bei den Mahlzeiten verändert?

- Ja Nein

Wenn ja, wie? Viel Kleiner Kleiner Unverändert Größer

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht essen können oder die regelhaft zu Schwierigkeiten führen? Wenn ja, welche?

Unverträglichkeiten:

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Reis | <input type="radio"/> Joghurt |
| <input type="radio"/> Nudeln | <input type="radio"/> Süßes | <input type="radio"/> Milch |
| <input type="radio"/> Kartoffeln | <input type="radio"/> Zucker | <input type="radio"/> Fettiges |
| <input type="radio"/> Weißbrot | <input type="radio"/> Obst: _____ | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | | |

Beschwerden:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Erbrechen |
| <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Lactoseintoleranz |
| <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Diarrhoe (Durchfälle) |
| <input type="radio"/> Obstipation (Verstopfungen) | <input type="radio"/> Völlegefühl |
| <input type="radio"/> Sonstige Beschwerden: _____ | |

Haben Sie die Beschwerden/Unverträglichkeiten abklären lassen?

- Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Essgeschwindigkeit: langsam schnell normal

Wie oft Kauen Sie pro Bissen? _____

Sättigungsgefühl: Gutes Sättigungsgefühl Mangelndes Sättigungsgefühl

Kein Sättigungsgefühl

Flüssigkeitszufuhr:

Trennen Sie Essen und Trinken? Ja Nein gelegentlich

Flüssigkeitszufuhr: 1L pro Tag 1,5L pro Tag 2,0L pro Tag

2,5L pro Tag über 2,5L pro Tag

Was trinken Sie?

Stuhlgang:

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Stuhlgang regelmäßig Stuhlgang unregelmäßig

Mehr als 1x/Tag alle 1-2 Tage 1-2/Woche weniger als 1x/Woche

Wie ist die Stuhlkonsistenz normalerweise:

wie Wasser breiig-flüssig weich fest hart

unterschiedlich in der Konsistenz

Sollten Sie derzeit Schwierigkeiten mit der Nahrung haben bitten wir Sie heute an der Ernährungsberatung teilzunehmen oder einen Termin unter 040 7410 59913 zu vereinbaren.

Bewegungsgewohnheiten:

Treiben Sie derzeit Sport? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Wenn ja, welche Sportarten üben Sie aktuell aus?

Sportart	Regelmäßigkeit	Trainingseinheiten pro Woche (Häufigkeit)	Minuten pro Trainingseinheit
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		

Psychotherapeutische Behandlung

Hatten Sie vor der Operation seelische oder soziale Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Haben Sie derzeit seelische oder soziale Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Name und Telefon des Therapeuten (*Diese Angabe ist freiwillig. Wenn Sie uns Ihren Therapeuten nennen, werden wir Ihren weiteren Behandlungsverlauf im Bedarfsfall mit diesem abstimmen. Ggf. wird es dafür notwendig sein, dass Sie Ihren Therapeuten insoweit von seiner Schweigepflicht entbinden.*):

Haben Sie Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, dann sprechen Sie uns bitte an.

Sonstiges:

Planen Sie derzeit eine weitere Operation nach der Adipositas-Operation?

Wenn ja, welche?

Umwandlung zum Magenbypass Magenbandentfernung

Entfernung des EndoBarrier® Plastische Operation

Sonstiges: _____

Was können wir noch für Sie tun?



StuDQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen
Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

Seite 1/1
Erstvorstellung (27)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) _____

Patient Nummer 04- _____ - _____

Initialen d. Patienten: (f) _____ (m) _____ (l) _____

Symptome in Verbindung mit GERD

1. Regurgitation:

- Keine
 - Leicht – Nach Anstrengung und/oder ausgedehnten Mahlzeiten
 - Mäßig – Vorhersehbar bei Positionsveränderung, Anstrengung oder beim Hinlegen
 - Schwer – Ständige Regurgitation, die Husten oder Würgen verursacht.
- _____ Mal pro Tag Woche Monat

2. Atemwegsprobleme:

(alles Zutreffende ankreuzen)

- Keine
- Wiederkehrender Husten
- Nächtlicher Husten
- Asthma
- Stimmänderung
- Lungenentzündung/Bronchitis

3. Fähigkeit aufzustoßen:

- Ja
- Nein

4. Fähigkeit zu erbrechen:

- Ja
- Nein
- Keine Notwendigkeit zu erbrechen

5. Stört der Reflux Ihren Schlaf? Nein Ja

Wenn ja, wie oft stört der Reflux Ihren Schlaf? _____ Mal pro Woche

Wenn ja, wie stört der Reflux Ihren Schlaf? *Alles Zutreffende ankreuzen*

- Sodbrennen/Schmerzen
- Husten
- Würgen
- Kann vor dem Schlafengehen nicht essen
- Schläfe mit erhöhtem Kopfkissen oder Kopfende des Bettes
- Kann in den meisten Nächten nicht in einem normalen Bett schlafen (Lehnstuhl)

Nutzen in Verbindung mit der Reflux-Operation

1. Würden Sie sich mit Ihrem jetzigen Wissen noch einmal einer Reflux-Operation unterziehen?

- Ja
- Nein

2. Wie hat sich Ihr allgemeiner Gesundheitszustand nach der Operation gegen Reflux bezüglich GERD verändert?

- Verbessert
- Keine Änderung
- Schlechter

Unterschrift des Studienpersonals, das das Formular einreicht Tag _____ Monat _____ Jahr _____



Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1 - 12: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
3. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
4. Haben Sie <u>versucht</u> , festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z. B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>leeren</u> Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>völlig flachen</u> Bauch zu haben?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
7. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
8. Hat das Nachdenken über <u>Figur oder Gewicht</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
11. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6



Fragen 13- 18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? Mal
-
14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? Mal
-
15. An wie vielen **TAGEN** der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben? **Tage**
-
16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal
-
17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal
-
18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer "getriebenen" oder "zwanghaften" Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? Mal

Fragen 19 - 21: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff "Essanfall" bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d. h. im Verborgenen) gegessen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>						
	0	1	2	3	4	5	6

	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5	6

	überhaupt nicht	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5	6



Fragen 22 - 28: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten **4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE)...	über- haupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
22. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
23. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z. B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Datum/Unterschrift

Arztfragebogen



StuDQ|Adipositas

Seite 1/3

Nachsorge nach 3-Monat: Klinische Auffälligkeiten (ärztliche Erhebung)

Oberer GI-Trakt

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| Dysphagie für feste Speisen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Dysphagie für flüssige Speisen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Übelkeit postprandial | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Übelkeit unabhängig von Nahrungsaufnahme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Erbrechen postprandial | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Erbrechen unabhängig von Nahrungsaufnahme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

abdominelle Schmerzen postprandial

- | | | |
|--------------|----------------------------|--------------------------|
| Retrosternal | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Oberbauch | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Unterbauch | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

abdominelle Schmerzen unabhängig von Nahrungsaufnahme

- | | | |
|--------------|----------------------------|--------------------------|
| Retrosternal | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Oberbauch | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Unterbauch | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Unterer GI-Trakt

- | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|
| Flatulenz | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Obstipation | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Durchfall | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Übelriechender Stuhl | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Dermatologisch

- | | | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|
| Glossitis | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Dermatitis | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Nageldystrophie | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Neurologisch

- | | | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|
| Ataxie | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Muskelschmerzen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Parästhesien | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Andere

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Haarausfall | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Müdigkeit | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Nachtblindheit | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Dumping/vegetative Symptome | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Körperlicher Untersuchungsbefund zum Zeitpunkt der Vorstellung

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| Abdominelle Schmerzen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Narben | <input type="radio"/> reizlos | <input type="radio"/> Infekt | <input type="radio"/> Hernie | |
| Neu aufgetretene Cholelithiasis | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> unbekannt | |



Neu aufgetretene Komplikationen

Innere Hernie

- Keine
- laparoskopische OP
- offene OP
- Konversion
- Unbekannt

Gastro-Jejunostomie Insuffizienz

- Nein
- Ja

Therapie

- Keine
- Anastomosenneuanlage
- Übernähung
- Stent endoskopisch
- Lavage & Drainage allein
- programmierte Lavage
- Interventionelle Drainage
- Antibiose allein
- Endovac

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Duodeno-Jejunostomie Insuffizienz

- Nein
- Ja

Therapie

- Keine
- Anastomosenneuanlage
- Übernähung
- Lavage & Drainage allein
- programmierte Lavage
- Interventionelle Drainage
- Antibiose allein

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Jejuno-Jejunostomie Insuffizienz

- Nein
- Ja

Therapie

- Keine
- Anastomosenneuanlage
- Übernähung
- Lavage & Drainage allein
- programmierte Lavage
- Interventionelle Drainage
- Antibiose allein

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Jejuno-Ileostomie Insuffizienz

- Nein
- Ja

Therapie

- Keine
- Anastomosenneuanlage
- Übernähung
- Lavage & Drainage allein
- programmierte Lavage
- Interventionelle Drainage
- Antibiose allein

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP



Restmagen Insuffizienz Nein Ja

Therapie

- Keine
- Übernähung
- Fundus-Resektion
- Rest-Gastrektomie

Klammernaht Insuffizienz (Sleeve) Nein Ja

Therapie

- Keine
- Übernähung
- Stent endoskopisch
- Lavage & Drainage allein
- programmierte Lavage
- Interventionelle Drainage
- Antibiose allein
- Endovac

Magenperforation Nein Ja

Therapie

- Keine
- Übernähung mit Implantatentfernung
- Übernähung ohne Implantatentfernung
- programmierte Lavage
- Antibiose allein

Schlauchmagen

Schlauchmagen Stenose/Striktur

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Portinfekt Nein Ja

Band-Slippage Nein Ja

Bandmigration Nein Ja

Andere Komplikationen



Oberer GI-Trakt

- Dysphagie für feste Speisen Nein Ja
- Dysphagie für flüssige Speisen Nein Ja
- Übelkeit postprandial Nein Ja
- Übelkeit unabhängig von Nahrungsaufnahme Nein Ja
- Erbrechen postprandial Nein Ja
- Erbrechen unabhängig von Nahrungsaufnahme Nein Ja

abdominelle Schmerzen postprandial

- Retrosternal Nein Ja
- Oberbauch Nein Ja
- Unterbauch Nein Ja

abdominelle Schmerzen unabhängig von Nahrungsaufnahme

- Retrosternal Nein Ja
- Oberbauch Nein Ja
- Unterbauch Nein Ja

Unterer GI-Trakt

- Flatulenz Nein Ja
- Obstipation Nein Ja
- Durchfall Nein Ja
- Übelriechender Stuhl Nein Ja

Dermatologisch

- Glossitis Nein Ja
- Dermatitis Nein Ja
- Nageldystrophie Nein Ja

Neurologisch

- Ataxie Nein Ja
- Muskelschmerzen Nein Ja
- Parästhesien Nein Ja

Andere

- Haarausfall Nein Ja
- Müdigkeit Nein Ja
- Nachtblindheit Nein Ja
- Dumping/vegetative Symptome Nein Ja

Körperlicher Untersuchungsbefund zum Zeitpunkt der Vorstellung

- Abdominelle Schmerzen Nein Ja
- Narben reizlos Infekt Hernie
- Neu aufgetretene Cholecystolithiasis Nein Ja unbekannt
- Extremitäten auffällig: Störende Hautlappen Nein Ja
- Extremitäten auffällig: Ödeme Nein Ja
- Abdominelle Hautlappen Nein reizlos funktionseinschränkend Hautirritation



Schlauchmagen

Schlauchmagen Stenose/Striktur

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Portinfekt

- Nein Ja

Band-Slippage

- Nein Ja

Bandmigration

- Nein Ja

Andere Komplikationen



Neu aufgetretene Komplikationen

Innere Hernie

- Keine
- laparoskopische OP
- offene OP
- Konversion
- Unbekannt

Gastro-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Duodeno-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Jejuno-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

Jejuno-Ileostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP