

Name _____

Geburtsdatum _____

Wohnort _____

Körpergröße _____

Gewicht _____

Telefonnummer _____

Handynummer _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

(mit Adresse und Telefonnummer) _____

Mitbehandelnde Ärzte _____

(mit Adresse und Telefonnummer) _____

**Waren Sie schon einmal in psychologischer/
psychiatrischer Mitbehandlung:** ja nein

**Sind Sie jetzt in psychologischer/
psychiatrischer Mitbehandlung:** ja nein

Psychologische/psychiatrische Mitbehandlung durch (mit Adresse und Telefonnummer):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Krankheit	Ja,	seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Bluthochdruck				
Erhöhte Blutfettwerte				
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht				
Diabetes/Zuckerkrankheit				
Herzgefäßerkrankung				
Herzinfarkt				
Herzschwäche				
Schlaganfall				
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung				
Schlaf-Schnarch-Krankheit				
Verengung der Halsgefäße				
Verengung der Beingefäße				
Schilddrüsenerkrankung				
Hormonstörungen				
Nierenerkrankungen/Nierensteine				
Gallensteine (oder OP)				
Entzündliche Darmerkrankungen				
Leberverfettung, -zirrhose				
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen				
Rheuma/rheumatische Erkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				
Krebserkrankungen (welche):				
Aufstoßen				
Entzündung der Speiseröhre				
Entzündung der Magenschleimhaut				
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür				
WEITERE:				

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ

Wann

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? ja nein

Beschwerden beim Stuhlgang? ja nein

Nächtliches Wasserlassen? _____ mal/Nacht

Für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung? _____

Wann war die letzte Regeblutung? _____

Wechseljahre in welchem Alter? _____

Hormonersatztherapie? _____

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

ja nein weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: _____

Verhütungsmaßnahmen: Pille Spirale Kondom Sterilisation

Andere: _____

Geburten: _____

Für Männer

Haben Sie Erektionsstörung? ja nein weiß ich nicht

Haben Sie Prostatavergrößerung? ja nein weiß ich nicht

Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Stärke	morgens	mittags	abends	sonstiges

Fragen zur Familiengeschichte

	Mutter	Vater	Kinder ANZAHL	Geschwister	Großeltern	Partner
Erkrankungen	Bitte ein Kreuz machen für Ja					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/Amputation						
Nierenerkrankung						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

Ja Nein

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe

cm

derzeitiges Gewicht

kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht

kg

das war vor

< 1 Jahr

2 – 4 Jahren

≥ 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht

kg

das war vor

≤ 1 Jahr

2 - 4 Jahre

≥ 5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme:

kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei:

kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche:

kg

In einem Jahr möchte ich wiegen:

kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen ___ mal/Tag ___ mal/Woche ___ mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße

Änderung der Gürtellänge

Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe des Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.

Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- ≥10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

	Dauer der Maßnahme	Gewichtsverlust in kg	Wiederzunahme in kg
Diäten in Eigenregie (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):			
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.			
Weight Watchers			
Akupunktur/Heilpraktiker			
Optifast/Mobilis			
Mit Unterstützung Ihres Arztes			
Xenical/Reductil/Acomplia			
Psychotherapie (ambulant)			
Stationäre Kur zum Abnehmen			
Sonstiges:			

Warum möchten Sie abnehmen?

-
-
-
-
-

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____ Stunden

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____ Stunden

davon beruflich bedingt: _____ Stunden

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____ Stunden

Welchen Sport? _____

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja nein

Wenn ja welche? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja nein

Raucher seit Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit

geraucht über Jahre Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?

Immer häufig selten nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier Wein/Sekt Spirituosen Cocktails/Alcopops

mal/Woche mal/Monat

Aus welchen Gründen? aus Gründen des Genusses
aufgrund einer Alltagsgewohnheit
um abzuspannen
um von Problemen abgelenkt zu werden
um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft geschieden verwitwet Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen? - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie? _____ Kinder, Alter: _____

Haben Sie einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

Nein Hauptschule Gesamtschule Realschule Gymnasium Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? ja nein

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ja nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag? _____

Wie essen Sie? Schnell Langsam Bewusst
Zeitung lesend beim Fernsehen unregelmäßig

Wo essen Sie? im Wohnzimmer in der Küche bei der Arbeit
Unterwegs Andere Orte _____

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? _____

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen) _____

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“ bzw. können Sie nicht leiden?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? immer häufig selten nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Essen Sie Fast Food? immer häufig selten nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Stehen Sie nachts auf, um sich Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____

Was trinken Sie? Wasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte Kaffee Tee
anderes, was? _____

Bitte kreuzen Sie an, wieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zu treffen

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühstück brauch ich nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich gehe hungrig einkaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe immer Hunger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich esse sehr große Portionen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wenn ich schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich Appetit und fange an zu essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich esse gerne Fettiges/Deftiges. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe immer als erste(r) den Teller leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich esse, wenn ich alleine bin oder mich langweile. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Werde ich kritisiert, esse ich mehr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich trinke/esse zu viel Süßes oder süße Getränke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich esse ungeplant und unregelmäßig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sobald ich etwas zu Essen rieche, bekomme ich Appetit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, fällt es mir manchmal schwer, wieder damit aufzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich meide Lebensmittel, die im Ruf stehen "dick" zu machen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr als gewöhnlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Oft habe ich so starken Hunger, dass ich einfach essen muss. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beurteilen Sie, wieweit Ihr Übergewicht Sie belastet.

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin wegen meines <i>Übergewichtes</i> schon oft in Verzweiflung geraten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Übergewichts nicht erreichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aufgrund meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zu anderen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meinem hohen Gewicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Übergewicht, könnte ich es viel weiter bringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welcher der folgenden Aussagen können Sie zustimmen oder nicht zustimmen?

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlag ich beim Abendessen richtig zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Manchmal habe ich Angst, das Essen nicht einschränken zu können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich achte darauf, dass ich mindestens dreimal am Tag esse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, Fernsehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich bewege mich zu wenig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Unter der Woche esse ich meistens zu den gleichen Uhrzeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Während des Essens denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekomme dann Schuldgefühle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Meistens esse ich mehr, weil ich nicht mehr rauche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?

ja nein

Wenn ja, welche Aussagen charakterisieren Ihren Heißhunger?

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich fühle mich während des Essens fremdgesteuert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es kommt phasenweise häufiger als einmal in der Woche vor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nach so einem Essanfall mache ich mir schwere Selbstvorwürfe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es kommt vor, dass ich danach erbreche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich kaufe extra dafür ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich achte darauf, dass ich dann alleine und ungestört bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Aus Angst zuzunehmen, nehme ich Abführmittel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich habe diese Essanfälle heimlich. Keiner weiß davon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zum Wohlbefinden

In den letzten vier Wochen ...	die ganze Zeit	meisten s	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune						
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt						
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt						
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeschlafen gefühlt						
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren						
...habe ich mich entmutigt und traurig gefühlt						

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
<u>anstrengende Tätigkeiten</u>, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben			
<u>mittelschwere Tätigkeiten</u>, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen			
Einkaufstaschen heben oder tragen			
mehrere Stockwerke steigen			
ein Stockwerk steigen			
sich beugen, knien, bücken			
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen			
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen			
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen			
sich baden oder anziehen			

KOPIERVORLAGE: BITTE ÜBER 1 WOCHEN FÜHREN

Meine Tagesübersicht

Name: _____ **Geb.Datum:** _____

Datum: _____ **Wochentag:** _____

Mahlzeit	gegessen wurde...	getrunken wurde...
Frühstück		
Ggf. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggf. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstiges		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange): _____
 NEIN

Besonderheiten an diesem Tag (z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier):

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:
