

Angaben zur Person

Datum _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ **Aktuelles Gewicht** _____

Wohnort _____

Telefon _____

Handy-Nummer _____

Email-Adresse _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

(mit Adresse + Telefonnummer): _____

Mitbehandelnde Ärzte _____

(mit Adresse + Telefonnummer): _____

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

Sind Sie jetzt in psychologischer/
psychiatrischer Mitbehandlung: ja nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + 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 Krankheiten?

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			
Schlafapnoe / Schlaf-Schnarch-Krankheit?			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Bein Gefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen, Entzündung Speiseröhre?			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut oder Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwüre?			
WEITERE:			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ	Wann?

Nur 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: _____

Nur für Männer

Haben Sie?

Erektionsstörung? ja nein weiß ich nicht

Prostatavergrößerung? ja nein weiß ich nicht

Welche Medikamente (*und Insulin*) nehmen Sie?

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

Fragen zur Familiengeschichte

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	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?	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2-4 Jahren	
	<input type="checkbox"/> > 5 Jahren	
Höchstes (Erwachsenden-) Gewicht		kg
Das war vor?	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2-4 Jahren	
	<input type="checkbox"/> > 5 Jahren	
Meine bisher größte Gewichtsabnahme	Im Jahr 	_____kg
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 Ihres 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?

	Wann? Jahres- angabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS- VERLUST in kg	WIEDER- ZUNAHME in kg	Nach welchem Zeitraum?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis					
Mit Unterstützung Ihres Arztes Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Xenical/Reductil					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu *: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

Warum möchten Sie abnehmen?

-
-
-
-

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____

davon beruflich bedingt: _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

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 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? Alter: _____

Hauptschule Gesamtschule Realschule Gymnasium Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtdienst? ja nein

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

Bewegungsprotokoll

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	Mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Mo	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
Di	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
Mi	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
Do	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
Fr	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
Sa	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	
So	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="radio"/> ☺ <input type="radio"/> ☹ <input type="radio"/> ☹	

Fragebogen bei Verdacht auf Schlafapnoe

Name:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Schlaf	Nie	Selten	Häufig
Wurde berichtet, dass Sie schnarchen? Seit wie vielen Jahren?			
Hat die Schnarchintensität zugenommen? seit Wann?			
Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf? von: Uhr bis: Uhr			
Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?			
Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?			
Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? _____ Stunden			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?			
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?			
Arbeiten Sie im Schichtdienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Verspüren Sie im Schlaf unkontrollierte Zuckungen der Beine?			
Schwitzen Sie nachts?			
Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?			
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Schlafapnoe Wo? Wann?			
Tragen Sie eine Atemmaske? Wenn ja, seit wann?			
Nächtliches Wasserlassen?			

Tagesbefinden	Nie	Selten	Häufig
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?			
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?			

The Epworth Sleppiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um

EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweis in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Scala und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

0 = nie einnicken oder einschlafen

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen				
Fernsehen				
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino etc)				
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause				
Beim Hinlegen am Nachmittag				
Bei einem Gespräch im Sitzen				
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol				
Im für einige Minute stehenden Auto im Verkehr				

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“?

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 etwas zum Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____ Was trinken Sie?

Mineralwasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte
 Kaffee Tee anderes, was ? _____

Ernährungsprotokoll (siehe Erläuterung letzte Seite!)

Mahlzeit	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Frühstück (inkl. Getränke)				
Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)				
Mittagessen (inkl. Getränke)				
Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)				
Abendessen (inkl. Getränke)				
Tagesbesonderheiten				

Mahlzeit	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Frühstück (inkl. Getränke)			
Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)			
Mittagessen (inkl. Getränke)			
Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)			
Abendessen (inkl. Getränke)			
Tagesbesonderheiten			

Wie fülle ich das Ernährungstagebuch richtig aus?

1. Mengenangaben:

Wir bitten Sie **genaue Mengenangaben** bei den Portionen anzugeben, wenn möglich abwiegen.

Beispiel: ca. 50g Walnüsse , 200g Nudeln, 200ml Fettarme H Milch 1,5 % , 100g Schokomüsli, 20g Butter, 1 Toast, 30g Salami

2. Genaue Lebensmittelbezeichnung:

Es ist wichtig anzugeben welche Lebensmittel Sie genau verwendet haben.

Beispiel: Steht z.B. im Ernährungsprotokoll 1 Scheibe Brot mit Wurst, so könnte diese Wurst eine Scheibe Salami oder auch die wesentlich fettärmere Putenbrust sein.

Butter oder Margarine? Öl zum anbraten verwendet?

Bitte geben Sie auch diese Angaben an uns weiter.

3. Trinkmenge:

Bitte **alles** aufschreiben was Sie getrunken haben, Kaffee, Tee, Wasser, Säfte usw. bitte mit genauer Mengenangabe.

Beispiel: 2 Tassen Kaffee mit Milch (1.5%), 1 Liter Orangensaft, 2 Liter Wasser pro Tag

PS: Vergessen Sie die „kleinen“ Sünden nicht ☺

Zur Hilfestellung des Ernährungsprotokolls können wir eine kostenlose App empfehlen.

Kostenloses Ernährungstagebuch bei Fddb.

Handy

Fddb: Kalorientabelle und Ernährungstagebuch

fddb.mobi

PC

Mein Fddb - persönlicher Merkzettel, Ernährungstagebuch ...

fddb.info > myfddb

Mit wenigen Schritten können sie dort ein detailliertes Ernährungsprotokoll führen, welches im Anschluss direkt ausgewertet wird.

Falls Sie diese Alternative nutzen, bitten wir Sie uns die Detailansicht mit beizulegen.

Vielen Dank!