

ANAMNESEBOGEN Adipositas-Programm der Praxis Zweigle

Allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Handy-Nr.: _____ Email-Adresse: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Beruf: _____ Familienstand: _____

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

Körpergewicht und Körpergröße

- Aktuelle Körpergröße (in cm): _____ Aktuelles Körpergewicht (in kg): _____
- Ihr Höchstgewicht (in kg): _____ Ihr Wunsch- bzw. Zielgewicht (in kg): _____
- Seit wann leben Sie mit Übergewicht? _____
- Gibt es weitere Familienmitglieder mit Übergewicht? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn „Ja“, wer? _____

Erkrankungen, Medikamente und Risikofaktoren

- Haben Sie chronische Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde bei Ihnen eine obstruktive Schlafapnoe festgestellt? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie unter regelmäßigen Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde bei Ihnen Typ-1-Diabetes mellitus diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde bei Ihnen Typ-2-Diabetes mellitus diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein
- Hatten Sie bereits eine Bauchspeicheldrüsenentzündung? ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie unter einer psychischen Erkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Falls JA, bitte den aktuellen Medikamentenplan mitbringen!
- Leiden Sie unter Allergien? ☐ Ja ☐ Nein
Falls JA, unter welchen: _____
- Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Falls JA, wie viele Zigaretten pro Tag: _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

NUR FÜR FRAUEN:

- Besteht aktuell eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
- Besteht ein Kinderwunsch? Planen Sie bereits eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Ernährungsgewohnheiten, Gewichtskontrolle und Bewegung

- Beschreiben Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten: Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich ein? Haben Sie Heißhungerattacken? Stehen Sie nachts auf, um zu essen?

- Welche Diäten haben Sie bereits probiert? Hatten Sie Erfolg damit?

- Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein
Falls JA, welche Sportart und wie häufig pro Woche: _____



Gewichtskontrolle unter ärztlicher Betreuung

- **Waren Sie bereits in der Vergangenheit in ärztlicher Behandlung zum Zweck einer Gewichtskontrolle?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Nehmen Sie aktuell oder haben Sie in der Vergangenheit bereits Medikamente zur Gewichtsreduktion eingenommen?** ☐ Ja ☐ Nein
Falls JA, welche? _____
- **Hatten Sie bereits operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Wünschen Sie eine medikamentöse Lösung zur Behandlung der Adipositas?** ☐ Ja ☐ Nein

Datum: _____ **Name in Druckbuchstaben:** _____

Unterschrift: _____