



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach Ihrer Adipositas-Operation steht nun der jährliche Termin für Ihre Nachsorge aus.

Um den Erfolg Ihrer Operation beurteilen und den weiteren Verlauf Ihrer Behandlung planen zu können, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Nachsorgetermin mitzubringen.

Bitte beachten Sie, dass Sie hier für die Zeit nach Ihrer Operation befragt werden.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Allgemeine Fragen

Aktuelles Gewicht _____ kg

Bitte geben Sie folgende Angaben für den Zeitraum **seit Ihrer Operation** an.

Haben regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht? Nein Ja

Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten? Nein Ja

Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen? Nein Ja

Haben Sie regelmäßig Sport betrieben? Nein Ja

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) frei nur mit Hilfsmitteln sehr eingeschränkt (immobil)

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate ein? Nein Ja

Wenn "Ja", welche:

Leben Sie in einer Partnerschaft? Nein Ja

Sind sie derzeit erwerbstätig? nicht erwerbstätig Hausfrau/Hausmann
 Vollzeit (> 35 h/Woche) arbeitsunfähig
 Teilzeit (15 - 35 h/Woche) berentet
 Teilzeit (< 15 h/Woche) anderer

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Ich habe die folgenden Fragen mit meinem Hausarzt besprochen Nein Ja

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1 Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Diabetes Typ 2 Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Bluthochdruck Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Fettstoffwechselstörung Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Harnsäureerhöhung / Gicht Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS) Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Gelenkerkrankungen/schmerzen Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen? Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Harninkontinenz? Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Sodbrennen Nein Ja, **wie vor der OP** Ja, **besser** als vor der OP Ja, **schlechter** als vor der OP Ja, **neu** aufgetreten

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Operationen

Falls Sie **seit Ihrer Adipositas-Operationen** wegen anderer Gründe operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung Nein offen Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung Nein offen Schlüssellochtechnik

Operationen am Magen Nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation: _____

Operationen am Darm Nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation: _____

Operationen an der Bauchwand
(Brüche, plastische Operationen) Nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation: _____

andere Operationen am Bauch Nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken
(bei Frauen) Nein offen Schlüssellochtechnik

Welche Operation: _____

Sonstige Operationen:

Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

Datum: _____ postoperativ

	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) _____

Nehmen Sie Reflux-Medikamente ein? ja nein

In welcher Dosis nehmen Sie diese Medikamente? _____

Wurde bei Ihnen eine Hiatushernie (= Zwerchfellbruch) festgestellt? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Heuschnupfen? ja nein

Wann war Ihre Adipositas- Operation? _____

Art der bariatrischen Operation: _____
(Schlauchmagen, Magenbypass, Magenband, Magenballon, Redo-Eingriff, o.ä.)