



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Erhebungsbogen für die jährliche Nachsorge nach Ihrer OP



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.

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)

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

RSI - Wert (Total) _____