



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.

Heutiges Datum	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Datum der Operation	Gewicht vor der Operation
Operationsmethode	
Letzte Kontrolluntersuchung	Letzte Ernährungsberatung



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:	<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) 0 _____



Fragebogen zur Lebensqualität (BQL)

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	1	2	3	4	5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	1	2	3	4	5
	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	1	2	3	4	5
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	1	2	3	4	5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	1	2	3	4	5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	1	2	3	4	5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	1	2	3	4	5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	1	2	3	4	5
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	1	2	3	4	5
b) im Beruf	1	2	3	4	5
c) im Privatleben	1	2	3	4	5
11. Ich bin selbstsicher	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).
 Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>