



# A d i p o s i t a s

## C h i r u r g i e W e s t e n d

### Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Er dient der individuellen Beratung und Betreuung.

#### 1. Persönliche Angaben

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w  divers

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Seit welchem Alter besteht Übergewicht? \_\_\_\_\_ Jahr

#### 2. Familiäre & berufliche Situation

Partnerschaft:  ja  nein Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_ Unerfüllter Kinderwunsch:  ja  nein

Beruf: \_\_\_\_\_ Erwerbstätig:  Vollzeit  Teilzeit  nicht erwerbstätig

#### 3. Gesundheitliche Vorgeschichte

Diabetes Typ 1/2:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Schlafapnoe:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Gicht:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Gelenkschmerzen:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Depression:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Sodbrennen:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Harninkontinenz:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung:  ja  nein Seit wann: \_\_\_\_\_

#### 4. Aktuelle Medikation

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein:

1. \_\_\_\_\_ morgens  mittags  abends

2. \_\_\_\_\_ morgens  mittags  abends

3. \_\_\_\_\_ morgens  mittags  abends

4. \_\_\_\_\_ morgens  mittags  abends

5. \_\_\_\_\_ morgens  mittags  abends

#### 5. Bisherige Operationen

Magen:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Darm:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Gallenblase:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Blinddarm:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Gebärmutter/Eierstöcke:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Adipositas-OP:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Sonstige:  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Magenspiegelung  ja  nein Jahr: \_\_\_\_\_