

Adipositasprechstunde

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____ Körpergewicht _____ kg

Geburtsdatum _____ (tt.mm.jjjj) Körpergrösse _____ cm

Geschlecht männlich weiblich divers BMI _____

Beruf _____

Adresse _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Tel. Privat _____

Versicherungs- und medizinische Angaben

Versicherung Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

Hausärztin/-arzt _____

Zuweisende/r Ärztin/Arzt _____

Andere behandelnde Ärzte _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Gewichtsverlauf

Waren Sie bereits als Kind übergewichtig? Ja Nein

Waren Sie bereits als Jugendliche/r übergewichtig? Ja Nein

Welches war Ihr höchstes Gewicht? _____ kg

Wann begann die Gewichtszunahme? _____

Haben Sie bereits Diäten durchgeführt? Ja* Nein

* Falls ja, welche?

Allgemeine Gesundheit – Teil 1/2:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?

Hoher Blutzucker / Diabetes Ja Nein

Hohe Blutfette / Dyslipidämie Ja Nein

Gicht / Hyperurikämie Ja Nein

Schilddrüsen-Erkrankung Ja Nein

Starker Haarwuchs / Hirsutismus Ja Nein

Verstärktes Schwitzen Ja Nein

Hoher Blutdruck / Hypertonie Ja Nein

Herzstechen / Angina pectoris Ja Nein

Geschwollene Knöchel / Ödeme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krampfadern / Varikose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kurzatmigkeit / Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden bei Ihnen nachts Atempausen beobachtet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nachts ein Atemhilfe-Gerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein

*Falls ja, seit wann rauchen Sie nicht mehr?

Fragen für Patientinnen

Hatten Sie Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

*Falls ja, wie viele Kinder haben Sie?

Verhüten Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Gesundheit – Teil 2/2:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?

Sodbrennen, saures Aufstossen oder Reflux?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gallensteine / Cholelithiasis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Urinabgang beim Husten oder Niesen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenkschmerzen / Arthrose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rötungen oder Entzündungen in Hautfalten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vermindertem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meiden Sie die Öffentlichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gehen Sie in öffentliche Schwimmbäder?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich wegen Ihres Übergewichtes diskriminiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Depression?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind oder waren Sie in psychiatrischer oder psychologischer Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Medikamenteneinnahme, Allergien und Voroperationen

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------

Haben Sie Allergien?

Ja* Nein

*Falls ja, welche?

Hatten Sie bereits Operationen?

Ja* Nein

*Falls ja, welche?

Haben Sie schon mal versucht mit einem Medikament abzunehmen?

Ja* Nein

*Falls ja, mit welchem?

Es gibt viele Möglichkeiten, Gewicht abzunehmen:

- Operative Möglichkeit: Magenbypass oder Schlauchmagen
- Medikamentöse Therapie: Wegovy

Zu welcher der beiden Möglichkeiten tendieren Sie eher?

- Operative Möglichkeit
- Medikamentöse Therapie

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

Kontakt:

Spital Muri
Adipositaszentrum
Spitalstrasse 144
5630 Muri
T +41 56 675 83 32
adipositaszentrum@spital-muri.ch
www.spital-muri.ch/adipositaszentrum

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 08.00–12.00 Uhr und 13.30–16.30 Uhr