

**KRANKENGESCHICHTE**

Datum \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon Nr \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Handy Nr. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Alter (Jahre) \_\_\_\_\_ Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_ B(kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Allein lebend?  Mit Partner lebend?  Mit Kinder lebend?  Alleinerziehend?

Andere Lebensformen \_\_\_\_\_

Name Hausarzt \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße \_\_\_\_\_

Tel.Nr \_\_\_\_\_

**Zur Familienvorgeschichte**

	Niemand	Eltern	Geschwister	Kinder
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massives Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zur eigenen Vorgeschichte**

Krankheiten jetzt oder früher?	ja	nein		ja	nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniegelenksleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zur eigenen Vorgeschichte**

	ja	nein		ja	nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darmleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteinleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unkontrollierter Urinabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, beschreiben Sie bitte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen? Welche?**

1. \_\_\_\_\_ Jahr? \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Jahr? \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Jahr? \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Jahr? \_\_\_\_\_

**Beschwerden jetzt?**

	ja	nein		ja	nein
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beinödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemaussetzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, beschreiben Sie bitte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen ? \_\_\_\_\_ Alkohol? \_\_\_\_\_ Kaffee? \_\_\_\_\_  
 Wieviele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_ Wieviel/Tag \_\_\_\_\_ Wieviele Tassen/Tag \_\_\_\_\_

Sport / körperliche Aktivität?

Sportart \_\_\_\_\_ Wie oft/Woche? \_\_\_\_\_ Wie lange (Min)? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Anzahl der Geburten? \_\_\_\_\_ Periode jetzt: regelmäßig  unregelmäßig

Letzte Periodenblutung, wann? \_\_\_\_\_ Einnahme von Hormonen jetzt?: ja  nein

Hormone jetzt: zur Geburtenkontrolle? ja  nein  zur Hormonsubstitution jetzt? ja  nein

**Alle Medikamente**, derzeit? wegen

	Name	Seit wann?	Dosierung
Bluthochdruck	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Schilddrüse	_____	_____	_____
Herz	_____	_____	_____
Psychische Beschwerden	_____	_____	_____
Hormonstörungen	_____	_____	_____
Schmerzen	_____	_____	_____
Gicht	_____	_____	_____
Rheuma	_____	_____	_____
Blutgerinnung	_____	_____	_____
Verstopfung	_____	_____	_____
Wassereinlagerungen	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Halten Sie eine Diät ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zum Übergewicht**

Wie alt waren Sie, als Sie übergewichtig wurden? \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie, als Sie erstmals Gewicht abnehmen wollten? \_\_\_\_\_

Wie lange ist das Gewicht schon so hoch wie jetzt? \_\_\_\_\_

Wie hoch ist Ihr angestrebtes Zielgewicht? \_\_\_\_\_

Was bedeutet diese Wunsch-kg-Zahl für Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie haben Sie früher Ihr Zielgewicht gehalten? \_\_\_\_\_

**Frühere Versuche zur Gewichtsabnahme?**

Diäten: welche?	wie oft?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____
_____.	_____	_____

**Diäten mit Hausarzt und Krankenkassen:**

welche?	wie oft?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Stationäre Aufenthalte** zur Gewichtsreduktion

Welche Einrichtung?	wie lang?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Medikamente** zur Gewichtsreduktion:

Welche?	wie lange?	Gewichtsverlust?	in wie vielen Wochen?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Psychotherapie** zur Gewichtsreduktion:

Welche Art?	wie lange?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Sport** zur Gewichtsreduktion:

welche Art ?	St./Woche?	wie lange?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Andere Methoden** zur Gewichtsreduktion:

welche Art?	wie lange?	Gewichtsverlust? in wie vielen Wochen?	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Welches ist Ihrer Meinung nach für Sie die **beste Methode und warum** ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welches ist Ihrer Meinung nach für Sie die **schlechteste Methode und warum** ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was führte Ihrer Meinung nach zu einem Scheitern von Versuchen zur Gewichtsreduktion? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zur Ernährung**

Wieviel Mahlzeiten nehmen Sie täglich ein? \_\_\_\_\_

Wann sind Sie am hungrigsten ?

unterschiedlich  am Morgen  am Nachmittag  am Abend

Lassen Sie Mahlzeiten aus? welche und wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie macht sich bei Ihnen Sättigungsgefühl bemerkbar? \_\_\_\_\_

Wie macht sich bei Ihnen Hungergefühl bemerkbar? \_\_\_\_\_

Wie häufig pro Woche haben Sie einen Heißhungeranfall ? \_\_\_\_\_

Verlieren Sie die Kontrolle über sich bei diesen Heißhungeranfällen, d.h. können Sie nicht aufhören und essen wesentlich mehr als Sie eigentlich wollen? ja  nein

Essen Sie auch aus Langeweile ? \_\_\_\_\_

Vergleichsweise zu Anderen, essen Sie weniger oder gleich viel oder mehr? \_\_\_\_\_

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihres Übergewichts? \_\_\_\_\_

Welche Speisen können Sie nicht vertragen? \_\_\_\_\_

Welche Speisen bevorzugen Sie vor allen anderen? \_\_\_\_\_

Welche Süßigkeiten essen Sie am liebsten ? \_\_\_\_\_

Welche Getränke nehmen Sie regelmäßig zu sich ? Wieviele Liter pro Tag ?

\_\_\_\_\_

Cola  Fanta  Mineralwasser  Tee  Orangensaft  andere Fruchtsäfte  Limonade

Stehen Sie nachts zum Essen auf ? ja  gelegentlich  nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsstoffe? ja  gelegentlich  nein

wenn ja welche?

Vitamine

Mineralstoffe

Aufbaupräparate

Andere: \_\_\_\_\_

Stellen Sie sich vor, Sie hätten nach erfolgter Ernährungsumstellung bzw. einer Operation zum Gewichtsverlust erfolgreich an Gewicht verloren und das erreichte Zielgewicht gehalten, woran würden Sie als erstes merken, dass es eine gute Entscheidung von Ihnen war, Ihren Lebensstil umzustellen ?

---

---

---