

Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin  
Dr. rer. physiol. B. Jagemann / Frau. J. Killus  
Hafenstrasse 26  
22880 Wedel

Name: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## **PATIENTENINFORMATION**

### **ZUR VORBEREITUNG AUF DIE ERSTVORSTELLUNG IN DER ADIPOSITAS-SPRECHSTUNDE**

1. Patienteninformation
2. Einwilligung in die Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung
3. Angaben zur Person
4. Allgemeine Krankengeschichte
5. Persönliche Motivation
6. Fragen zum Lebensstil
7. Fragen zu Konsum und Essverhalten
8. Geschlechtsspezifische Fragen

## 1. Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin sind wir daran interessiert, Ihnen auf dem Weg zu einer dauerhaft gesünderen Lebensweise zu helfen. Bei der modernen Adipositasbehandlung geht es heute viel mehr um eine Verbesserung ihres gesamten Gesundheitszustandes und der Lebensqualität und nicht mehr *nur* um eine Gewichtsreduktion.

Um Sie gezielt zu Ihren Herausforderungen beraten zu können, würden wir uns vorab über einige Informationen von Ihnen freuen. Daher möchten wir Sie bitten, den beigefügten Fragebogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und uns bitte **vor der Erstvorstellung** zurückzuschicken.

Sie können sich den Fragebogen ausdrucken oder direkt online in diesem Formular ausfüllen. Dieser recht umfangreiche Fragebogen erleichtert uns das Erstgespräch mit Ihnen, für das wir entsprechend vorbereitet sein möchten.

### **Bitte beachten Sie:**

**Ohne diese Unterlagen ist eine Erstvorstellung aufgrund der Diagnose Adipositas nicht zielführend und kann daher von uns erst durchgeführt werden, wenn Sie uns Ihren ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet haben. Sobald der Fragebogen vollständig bei uns eingegangen ist, besprechen wir uns zeitnah mit Ihnen zur Terminvergabe.**

**Sollten bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Labor- oder EKG-Untersuchungen außerhalb unserer Praxis vorgenommen worden sein, so senden Sie uns bitte eine Befundkopie gemeinsam mit dem ausgefüllten Fragebogen zu oder kontaktieren Sie Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin und bitten ihn oder sie um Übersendung der Befunde an unsere Praxis als FAX (04103 – 70 30 242).**

## Allgemeine Informationen:

Die wissenschaftlich fundierte Therapie der Adipositas steht auf mehreren Säulen:

**Basistherapie:** Ernährungsumstellung & Bewegungssteigerung

**Begleitende Therapie:** verhaltenspsychologische Unterstützung

ggfs. **Ergänzende medikamentöse Therapie** (noch keine Kassenleistung)

Ab BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> und Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes mellitus 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Fettlebererkrankung) bzw. ab BMI >40 kg/m<sup>2</sup> kann ergänzend eine **chirurgische Therapie** sinnvoll sein (gemäß EOSS). Der langfristige Erfolg einer chirurgischen Therapie hängt von der Vermeidung von Mangelernährung und Muskelverlust sowie einer guten Rückfallprophylaxe ab.

Die meisten gesetzlichen und einige private Krankenkassen unterstützen Therapiekonzepte zur Ernährung nach §43 SGB V in unterschiedlicher Höhe. Diese Zuschüsse müssen leider individuell bei Ihrer Krankenkasse erfragt werden, sind an eine **ärztlich gestellte Diagnose gebunden** und variieren in ihren Zuschüssen zwischen 100 € und 295 €.

Bei einem BMI ≤ 35 kg / m<sup>2</sup> haben Sie zudem die Möglichkeit an einem präventiven Gesundheitskurs teilzunehmen. Diese Kurse werden von den Krankenkassen 1 – 2x jährlich **unabhängig von einer Erkrankung** zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung oder Stressverhalten gemäß §20 SGB V bezuschusst. Auch hier sind die Zuschüsse der Krankenkasse sehr variabel.

Kennen Sie Ihren BMI?

Mein aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Meine mir bekannte Größe \_\_\_\_\_ m

Mein BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (Gewicht (kg) / Größe (m)<sup>2</sup>)

Eine Umstellung der Ernährung und die Steigerung der Bewegung stellen die Basis jeder Übergewichtsbehandlung dar und sind in der Behandlung von Adipositas bei jedem Patienten erforderlich. Wichtig ist uns aber, dass wir für SIE ein Konzept finden, welches Sie auf Ihrem Weg in ein neues Lebensgefühl begleitet.

**Wir sind davon überzeugt, dass Adipositas mehr braucht als eine Diät oder mehr Bewegung. Wir möchten mit Ihnen gemeinsam IHR Konzept entwickeln, mit dem Sie langfristig und ganzheitlich Ihren Lebensstil umstellen können.**

## 2. Einwilligung in die Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung

Der Patient/die Patientin ist Betroffene(r) im Sinne dieser Einwilligungserklärung und erteilt hiermit die Einwilligung, dass mitbehandelnde Ärzt:innen personenbezogene Daten an die Ernährungstherapeutische Praxis Dr. Bettina Jagemann & Team weitergeben und umgekehrt. Bei den personenbezogenen Daten des Betroffenen handelt es sich um Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO, insbesondere um solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe). „Gesundheitsdaten“ im Sinne der DS-GVO sind nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Der Betroffene kann seine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die Bereitstellung der Daten ist gesetzlich nicht erforderlich. Es besteht keine Pflicht, die Einwilligung zu erteilen.

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbindet der Betroffene die behandelnde(n) Ärzte/Ärztin gegenüber den Mitarbeiter:innen der Ernährungstherapeutischen Praxis Dr. Jagemann & Team und umgekehrt ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Alle Beschäftigten der Praxis sind zur Vertraulichkeit verpflichtet und unterliegen auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses der Verschwiegenheitspflicht.

Die Datenverarbeitung umfasst u. a. die Speicherung persönlicher Daten, bereitgestellter Befunde, Verlaufsdokumentation der Ernährungsberatungen inklusive erstellter Rechnungen. Die Speicherdauer beträgt 10 Jahre, gemäß den Vorschriften des § 257 Abs. 4, Abs. 1 Nr. 4 HGB, § 146 Abs. 3 S. 1, Abs. 1 Nr. 4 AO. Die Speicherung erfolgt zum Zwecke der Dokumentation und Beweissicherung.

Der/die Betroffene hat das Recht, Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung und eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit vom Vitalzentrum Wedel zu verlangen. Der Betroffene bestätigt, die Informationen zur Datenverarbeitung erhalten zu haben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin  
(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

Mit dieser Art der Datenverarbeitung bin ich NICHT einverstanden:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin  
(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

### 3. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hausarzt (mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ggf. Mitbehandelnde Ärzte (mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine Ernährungstherapie vor?

JA [ ] NEIN [ ]

#### Sind Sie

verheiratet/in Partnerschaft [ ] geschieden [ ] verwitwet [ ] alleinlebend [ ] ?

**Haben Sie Kinder?** JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wie viele? \_\_\_\_\_ Welchen Alters? \_\_\_\_\_

#### Ihr Werdegang

Hauptschule [ ] Gesamtschule [ ] Realschule [ ] Gymnasium [ ]

Gelernter Beruf/Studium? \_\_\_\_\_

jetzige Tätigkeit? \_\_\_\_\_

Schichtarbeit? JA [ ] NEIN [ ]

#### 4. Allgemeine Krankengeschichte

Haben Sie zurzeit Beschwerden? JA ] [ NEIN ] [

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bei **Blutuntersuchungen** schon einmal erhöhte Werte festgestellt bei:

Blutzucker? JA [ ] NEIN [ ] Cholesterin? JA [ ] NEIN [ ]

Harnsäure (Gicht)? JA [ ] NEIN [ ] Schilddrüse? JA [ ] NEIN [ ]

Leberwerte? JA [ ] NEIN [ ] Triglyceride? JA [ ]  
NEIN [ ]

Andere? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bluthochdruck? weiß nicht [ ] JA [ ] NEIN [ ]

Sind Sie Diabetiker:in? weiß nicht [ ] JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, seit wann? \_\_\_\_\_ Sind Sie insulinpflichtig? JA [ ] NEIN [ ]

Leiden Sie unter Allergien, Unverträglichkeiten? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen weitere **Erkrankungen**? JA [ ] NEIN [ ]

Krankheit	Ja, (seit) wann?	Nein	Ich weiß es nicht
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Atemwegserkrankung			
Schlaf-Schnarch-Krankheit (Apnoe)			
Hormonstörungen			
Leberverfettung			
Krebserkrankungen (Prostata, Mamma, etc.)			
Sodbrennen			
Weitere Erkrankungen:			

Nehmen Sie (regelmäßig) **Medikamente**?

JA [ ]

NEIN [ ]

Welche Medikamente (auch Insulin) nehmen Sie?

Name	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

JA [ ]

NEIN [ ]

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

### **Fragen zur Gewichtskontrolle**

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm

Kennen Sie ihr derzeitiges Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

Was war ihr niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

das war im Jahr \_\_\_\_\_

Was war ihr höchstes (Erwachsenen-) Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

das war im Jahr \_\_\_\_\_

Meine bisher größte Gewichtsabnahme betrug: \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Mein Wunschgewicht liegt bei: \_\_\_\_\_ kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche: \_\_\_\_\_ kg

In einem Jahr möchte ich \_\_\_\_\_ kg wiegen.

Weitere Bemerkungen:

---

---

---

**Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie bereits durchgeführt?**

---

---

Gibt es in Ihrer Familie Neigung zu Übergewicht? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wer? \_\_\_\_\_

---

**Auf Basis meines aktuellen Wissens kann ich mir für mich folgende Behandlungsmethode am besten vorstellen:**

- konservative Adipositas therapie in einem langfristigen Programm
- bariatrische Operation zur Adipositas therapie
- weiß ich nicht

Nehmen Sie regelmäßig **Vorsorgetermine** wahr?

Beim Hausarzt? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wann war der letzte Check-up? \_\_\_\_\_

Beim Facharzt? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wann und wo? \_\_\_\_\_

Beim Zahnarzt? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wann und wo? \_\_\_\_\_

**Wurden sie in der Vergangenheit operiert?** JA [ ] NEIN [ ]

Wenn **JA**, wann und warum?

---

---

## 5. Persönliche Motivation

**Warum möchten Sie abnehmen? Sie können mehrere Punkte nennen.**

- Weil mein Arzt / Familie / Freunde / berufliches Umfeld / Partner mich darauf anspricht.
  - Weil mir immer bewusster wird, dass mich mein Gewicht in meinem Alltag einschränkt.
  - Mir ist bewusst geworden, dass meine Schmerzen durch das Gewicht verursacht werden.
  - keiner der oben genannten Punkte, aber:
- 
- 

**Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Gewichtsabnahme?**

- weniger wichtig                       mittel wichtig                       sehr wichtig

**Was sind Sie bereit dafür zu tun?**

---

---

**Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

0 = überhaupt nicht bereit, 10 = völlig bereit

**Welche Aussage beschreibt Ihre momentane Einstellung zur Gewichtsabnahme am besten?**

- Ich sehe keinen Anlass, mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- Ich habe vor, in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- Ich habe in den letzten sechs Monaten unregelmäßig einige Änderungen ausprobiert.
- Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.

## 6. Fragen zum Lebensstil

Bitte beobachten Sie sich zu diesen Fragen einfach einmal in den nächsten Tagen:

Wie viele Stunden/Tag verbringen Sie etwa mit Fernsehen / Streaming? \_\_\_\_\_

Wieviele Stunden verbringen Sie am PC / Handy / Internet? privat: \_\_\_\_\_

beruflich: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden sind sie täglich etwa in Bewegung? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welchen? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Luftnot bei Bewegung? JA [ ] NEIN [ ]

Schämen Sie sich beim Sport z. B. Schwimmen aufgrund ihres Gewichtes?  
JA [ ] NEIN [ ]

Wie schätzen Sie Ihre Schlafqualität ein? \_\_\_\_\_

Schlafen Sie gut ein? JA [ ] NEIN [ ]

Schlafen Sie durch? JA [ ] NEIN [ ]

Müssen Sie nachts oft zur Toilette und fühlen dadurch beim Schlafen gestört?  
JA [ ] NEIN [ ]

Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht?  
JA [ ] NEIN [ ]

Sind Sie tagsüber oft müde? JA [ ] NEIN [ ]

Schnarchen Sie? JA [ ] NEIN [ ]

wenn JA: Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z. B. im Schlaflabor?  
JA [ ] NEIN [ ]

Tragen Sie eine Schlafmaske? JA [ ] NEIN [ ]

Sind Sie schon einmal auf Atempausen aufmerksam gemacht worden?  
JA [ ] NEIN [ ]

## 7. Fragen zu Konsum und Essverhalten

Was essen Sie am liebsten?

---

---

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? \_\_\_\_\_

Gibt es regelmäßige Essenszeiten? JA [ ] NEIN [ ]

Wann nehmen Sie Mahlzeiten zu sich? (bitte ungefähre Uhrzeiten eintragen)

---

Snacken Sie zwischen den Mahlzeiten? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, was? \_\_\_\_\_

### Wo essen Sie in der Regel?

Bitte wählen Sie die am häufigsten zutreffenden Optionen:

Zuhause [ ] in der Küche [ ] am Esstisch [ ] im Wohnzimmer [ ]

vor dem Fernseher [ ] im Bett [ ] Restaurant / Café [ ]

bei Freunden oder Verwandten [ ] bei der Arbeit [ ] unterwegs [ ]

Andere Orte (bitte spezifizieren): \_\_\_\_\_

### Wie essen Sie üblicherweise?

langsam und bewusst [ ] schnell und hastig [ ] in Gesellschaft [ ]

alleine [ ] mit Ablenkungen (z.B. Fernsehen, Smartphone, Zeitung) [ ]

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? JA [ ] NEIN [ ]

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? \_\_\_\_\_

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? JA [ ] NEIN [ ]

Kennen Sie Ess- oder Heißhungerattacken? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wie oft und wann bemerken Sie diese? \_\_\_\_\_

---

### Was trinken Sie?

Tee [ ] Früchtetee [ ] Schwarzer Tee [ ] Kaffee [ ]

Mineralwasser [ ] Wasser mit Geschmack [ ] Fruchtsäfte [ ] Softgetränke [ ]

Eistee [ ] Milch [ ] Sonstiges \_\_\_\_\_

## Genussmittelkonsum

Trinken Sie Alkohol? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welche alkoholischen Getränke nehmen Sie zu sich? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie das Gefühl, dass der Alkoholkonsum ihr Gewicht beeinflusst?

nicht sicher [ ] JA [ ] NEIN [ ]

Rauchen Sie? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wie viele Zigaretten / Tag? \_\_\_\_\_

Wenn NEIN, haben Sie schon einmal geraucht? JA [ ] NEIN [ ]

Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_ Wie viele Jahre haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie sonstige Drogen? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

---

## Stresslevel

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Stresslevel einschätzen?

1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ] 10 [ ]

1 = kein Stress, 10 = sehr gestresst

Beeinflusst Stress Ihr Essverhalten? JA [ ] NEIN [ ]

Ich esse mehr, wenn ich gestresst bin: JA [ ] NEIN [ ]

Ich esse weniger, wenn ich gestresst bin: JA [ ] NEIN [ ]

Soziale Unterstützung: Haben Sie Unterstützung von Familie und Freunden bei

Ihren Bemühungen zur Gewichtsreduktion? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, in welcher Form? \_\_\_\_\_

---

Beschreiben Sie kurz einen typischen Ablauf Ihres **Arbeitstages** mit dem Fokus auf Mahlzeitenverteilung und Bewegung

---

---

---

---

---

---

---

Beschreiben Sie kurz einen typischen Ablauf eines **freien Tages** mit dem Fokus auf Mahlzeitenverteilung und Bewegung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8. Geschlechtsspezifische Fragen

### Nur für Frauen

Sind Sie schwanger? JA [ ] NEIN [ ]

Wann war Ihre letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_

Kommt Ihre Regeblutung regelmäßig? JA [ ] NEIN [ ]

Kennen Sie den Status zu Ihren Wechseljahre JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA: Habe ich im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren hinter mich gebracht.

Ich habe das Gefühl aktuell in den Wechseljahren zu sein [ ] .

Ich erhalte folgende Hormonersatztherapie:

\_\_\_\_\_

[ ] Ich habe meine Regel noch regelmäßig und bemerke keine Beschwerden

Waren Sie schon einmal schwanger? JA [ ] NEIN [ ]

Wenn JA, wie viele Kinder haben Sie ausgetragen? \_\_\_\_\_

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft

eine Präeklampsie / Gestose? JA [ ] NEIN [ ]

ein Schwangerschaftsdiabetes ? JA [ ] NEIN [ ]

Falls JA, waren Sie Insulinpflichtig? JA [ ] NEIN [ ]

### Nur für Männer

Gehen Sie regelmäßig zur urologischen Vorsorge? JA [ ] NEIN [ ]

Ist bei Ihnen eine Prostatavergrößerung bekannt? JA [ ] NEIN [ ]

Haben Sie Erektionsstörungen? JA [ ] NEIN [ ]

Vielen Dank für Ihre umfangreichen Informationen. Wir freuen uns, Sie bald persönlich kennenlernen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Anamnesebogen an uns zurück:

[info@vitalcentrum-wedel.de](mailto:info@vitalcentrum-wedel.de)

[info@drjagemann.com](mailto:info@drjagemann.com)

oder per Post an: **Vitalcentrum Wedel, Hafenstraße 26, 22880 Wedel**