



# 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 erste 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.

## 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

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
		<input type="checkbox"/>			
		nicht berufstätig			
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 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"/>
			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)? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	niemals	in seltenen Fällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>über- haupt nicht</b>		<b>leicht</b>		<b>mäßig</b>		<b>deutlich</b>
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <b>Gewicht</b> ?	<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"/>