



Name: _____

Telefonnummer: _____



INFORMATION **für bereits operierte Patienten**

ZUR VORBEREITUNG

**auf die Vorstellung
in der erste Nachsorgesprechstunde**

WICHTIGE INFORMATION:

**Dieser Fragebogen muss spätestens 2 Wochen
vor dem Nachsorgetermin vorliegen – sonst kann keine
ernährungsmedizinische Behandlung stattfinden!**



1. Fragebogen nach Adipositas-Chirurgie
2. Fragebögen zum postoperativen Verlauf
 - allgemeiner und Gewichtsverlauf
 - Essfragebogen
 - Bewegungsfragebogen
 - Fragebogen zur Lebensqualität
3. Esstagesplan (Kopiervorlage - für 1 Woche zu führen)
4. Ernährungsprotokoll (ersetzt **nicht** die Tagespläne)



Name, Vorname: _____ Datum: _____

Fragebogen nach Adipositas-Chirurgie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Als Ihre Ärzte in der Nachsorge nach einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme halten wir es für wichtig, dass Sie auch nach erfolgter OP weiter in regelmäßiger kompetenter Betreuung bleiben, damit das OP-Ergebnis optimal ausfallen kann und sich keine Mangel- und /oder Fehlernährungszustände entwickeln. Diese Verpflichtung zur Nachsorge war auch Bestandteil der Genehmigung der Operation durch Ihre Krankenkasse. In der Regel können die Laborkontrollen können jedoch **nicht** in der Schwerpunktpraxis vorgenommen werden. Bitte lassen Sie diese im Vorfeld von Ihrem Hausarzt durchführen (Ausnahme: Nachsorgevereinbarungen mit Ihrer Krankenkasse).

Füllen Sie bitte vorab diese Fragebögen möglichst vollständig aus und führen auch über eine Woche das Ernährungs- und Bewegungsprotokoll. Senden Sie die Unterlagen bitte spätestens **ZWEI WOCHEN** vor dem Nachsorgetermin an die Schwerpunktpraxis. Vielen Dank!

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Wann wurden Sie operiert und von wem: _____

Welche Methode: Magenband: _____

Magenbypass: _____

Sleeve: _____

Anderes: _____

Wurde die Operation von Ihrer Krankenkasse bezahlt? _____

Gab es Komplikationen/Nach-Operationen/plastische Operationen: _____

Ihr Gewicht/BMI: vor der OP: _____ heute: _____ Ihr persönliches Zielgewicht: _____

Sind Sie mit dem bisherigen Verlauf zufrieden? ja nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Werden Sie von einer psychologischen Fachkraft betreut: ja nein



Essen und Trinken:

Nennen Sie kurz die häufigsten von Ihnen gegessenen Lebensmittel:

Haben Sie Unverträglichkeiten bemerkt:

Machen Sie bitte ungefähre Angaben zu Portionsgrößen, z.B. ½, ¼ Portion:

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Was trinken Sie? Mineralwasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte
Kaffee Tee anderes, was ?

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein
Wenn ja, wie oft und wann?

Werden Sie von einer Ernährungsfachkraft (Diätassistentin) betreut? ja nein
Wenn ja, wie oft? _____

Nehmen Sie an einem Sportprogramm teil bzw. machen Sie regelmäßig Sport? Was?

Es folgen Fragen zu **Beschwerden**, die häufiger nach den genannten Operationen auftreten können:

	ja	nein
Übelkeit		
Erbrechen		
Dumping-Syndrom		
Schwindel		
Kopfschmerzen		
Hautprobleme		
Nagelprobleme		
Haarausfall		
Gefühlsstörungen an den Händen		
Beschwerden im rechten Oberbauch		
Gallensteine bekannt?		
Nierensteine bekannt?		

Wie häufig haben Sie Stuhlgang: _____ x pro Tag

Konsistenz: fest - breiig - flüssig Fettstuhl: ja nein

Andere Beschwerden, bitte möglichst vollständig auflisten:

Hat sich Ihre Stimmungslage seit der Operation verändert, wenn ja wie?

Bestehen oder bestanden andere Erkrankungen, auch ggfs. vor der Operation:

Krankheit	Vor der Operation		JETZT	Weiß ich nicht
	JA	NEIN		
Bluthochdruck				
Erhöhte Blutfettwerte				
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht				
Zuckerkrankheit				
Herzgefäßerkrankung				
Herzinfarkt				
Herzschwäche				
Schlaganfall				
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung				
Schlaf-Schnarch-Krankheit				
Verengung der Halsgefäße				
Verengung der Bein Gefäße				
Schilddrüsenerkrankung				
Hormonstörungen				
Nierenerkrankungen/Nierensteine				
Gallensteine (oder OP)				
Entzündliche Darmerkrankungen				
Leberverfettung, -zirrhose				
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen				
Rheuma/rheumatische Erkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				
Krebserkrankungen (welche):				
WEITERE:				

Schreiben Sie bitte **alle Medikamente** auf, die Sie regelmäßig nehmen.

Geben Sie dabei auch **unbedingt** die **Vitamin- u./o. Mineralstoffpräparate** mit Namen an:

Name	Früh	Mittags	Abends	Zur Nacht

BAROS – Fragebogen

(Bariatric reporting and outcome system)

Bitte geben Sie zu den Themengebieten Ihre persönliche Bewertung Ihrer Situation an.

1. ALLGEMEINBEFINDEN



sehr schlecht

schlecht

teils/teils

gut



sehr gut

2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT



sehr schlecht

schlecht

teils/teils

gut



sehr gut

3. SOZIALKONTAKTE



sehr schlecht

schlecht

teils/teils

gut



sehr gut

4. ARBEITSPLATZ



sehr schlecht

schlecht

teils/teils

gut



sehr gut

5. SEXUALITÄT



sehr schlecht

schlecht

teils/teils

gut



sehr gut

6. KRANKHEITEN

verschlechtert
unverändert
verbessert



7. GEWICHTSABNAHME SEIT OP am: _____

Operationsgewicht: _____

derzeitiges Gewicht: _____

8. KOMPLIKATIONEN: (bitte angeben):

Rückbildung einer schwerwiegenden Krankheit
Andere Krankheiten verbessert

9. REOPERATIONEN: (bitte angeben)

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass – sofern erforderlich - bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert und auch von hier weitergeben werden dürfen?

ja

nein

Datum: _____

Unterschrift: _____



KOPIERVORLAGE
bitte für wenigstens eine Woche führen

TAGESÜBERSICHT

NAME: _____ Geb.datum: _____

Datum: _____ Wochentag: _____

Mahlzeit	Gegessen wurde	Getrunken wurde.....
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange) : _____
NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geb.feier)

Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Mo	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
Di	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
Mi	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
Do	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	



Erfassungsbogen ERSTE Nachsorge

Fr	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			
Sa	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			
So	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

Name: _____

Adresse: _____

Alter (Jahre): _____

Größe (cm): _____

Gewicht zu Beginn: _____ kg

Gewicht am Ende: _____ kg

Protokolltage: _____

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

- Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
- Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
- Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
- Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
- Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
- Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
- Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
- Mengenerläuterung:
 1 Esslöffel (EL) = 15 ml
 1 Teelöffel /TL = 5 ml
 1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Brot			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Croissant			Stück 40,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,00 g
Margarine			Teelöffel 5,00 g
Butter/Margarine halbfett			Teelöffel 5,00 g
Wurst (Schinkenwurst, Mettwurst, Leberwurst)			Portion 25,0 g
Fettarme Wurst (Kochschinken, Corned Beef, Geflügelwurst..)			Portion 25,0 g
Schinken roh			Portion 15,0 g
Salami			Scheibe 30,0 g
Käse unter 20%Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (< 3% Fett)			Esslöffel 30,0 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Müsli und Corn Flakes			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Müsli, trocken			Portion 40,0 g
Früchte-Müsli			Portion 40,0 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Schoko-Müsli			Portion 40,0 g

Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee/Tee schwarz			Tasse 200 g
Cappuccino			Tasse 200 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 200 g
Kondensmilch/Dosenmilch			Teelöffel 15,0 g
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tablette 1,00 g
Kakao			Tasse 200 g
Trinkmilch 3,5% Fett			Glas 200 g
Trinkmilch 1,5% Fett			Glas 200 g
Buttermilch			Tasse 150 g
Naturjoghurt 3,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 1,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 0,1 %			Portion 150 g
Joghurt mit Früchten 3,5 %			kleiner Becher 150 g
Joghurt fettarm mit Früchten 1,5 %			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 200 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 200 g
Putenschnitzel/Hähnchenschnitzel			Stück 200 g
Braten			Portion 200 g
Gulasch, Ragout			Portion 200 g
Bratwurst			Stück 150 g
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen			Stück 150 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 200 g
Leber, Herz, Niere			kleine Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 150 g
Tatar/Schabefleisch			Portion 70 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 100 g
Hamburger			Portion 200 g
Döner			Portion 350 g
Gyros			Portion 200 g

Beilagen/Soßen/Suppen			
Kartoffeln			Stück 80,0 g
Kartoffelpüree			Portion 250 g
Klöße, Knödel			Stück 80,0 g
Bratkartoffeln			Portion 250 g
Pommes frites			Portion 200 g
Kartoffelpuffer			Stück 70,0 g
Kartoffelsalat			Portion 250 g
Reis, gekocht			Tasse 180 g
Nudeln, gekocht			Tasse 150 g
Pizza			Stück 300 g
Mehlpfannkuchen			Portion 250 g
Klare Suppe			Teller 300 g
Gebundene Suppe			Teller 350 g
Suppen-Eintopf			Teller 450 g
Tomatenketchup			Portion 20,0 g
Soße			Portion 60,0 g
Hackfleischsoße			Esslöffel 20,0 g
Käsesoße			Portion 100 g
Gemüse			
Gemüse, gebunden			Portion 200 g
Gemüse, gedünstet			Portion 200 g
Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen)			Tasse 150 g
Tomaten			Stück 60,0 g
Gurke			Stück 100 g
Rohkostsalat			Portion 250 g
Blattsalat			Portion 100 g
Paprikaschoten frisch			Stück 150 g
Mohrrübe frisch			Stück 100 g
Radieschen frisch			Stück 30,0 g
Sahne-Dressing			Portion 60,0 g
Essig-Öl-Marinade			Portion 60,0 g
Joghurt-Dressing			Portion 60,0 g

Fisch			
Fisch, gekocht			Portion 150 g
Fisch, gebraten			Portion 150 g
Fisch paniert			Portion 200 g
Fischstäbchen			Stück 30,0 g
Fischkonserven			Dose 180 g
Fisch, geräuchert			Portion 70,0 g
Rollmops, Matjes			Stück 90,0 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringssalat			Portion 50,0 g
Getränke			
Fruchtsaft 100 % Frucht			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser/Leitungswasser			Glas 200 g
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen (Korn, Wodka)			Schnapsglas 20,0 g
Liköre			Schnapsglas 20,0 g
Obst			
Apfel			Stück 150 g
Apfelsine			Stück 150 g
Birne, Pfirsich, Nektarine			Stück 150 g
Banane			Stück 140 g
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren			Portion 100 g
Mandarine, Clementine			Stück 40,0 g
Kirschen frisch			Portion 125 g
Pflaumen frisch			Stück 35,0 g
Kuchen und Desserts			
Obstkuchen			Stück 150 g
Trockenkuchen			Stück 70,0 g

Sahne-, Cremetorte			Stück 120 g
Stückchen, Teilchen			Stück 100 g
Schlagsahne			Esslöffel 20,0 g
Waffeln			Stück 150 g
Eis			Portion 150 g
Milchpudding			Schälchen 250 g
Kompott, Apfelmus			Portion 125 g

Süßwaren und Snacks			
Bonbon			Stück 5,00 g
Kekse			Stück 5,00 g
Müsli-Riegel			Stück 50,0 g
Schokolade			Stückchen 20,0 g
Schokoriegel z. B. (Mars, Nuts)			Stück 100 g
Pralinen			Stück 20,0 g
Nüsse			Handvoll 50,0 g
Salzige Knabberereien			Handvoll 50,0 g
Kartoffelchips			Handvoll 50,0 g
Studentenfutter mit Erdnüssen			Handvoll 100 g
Negerkuss			Stück 20,0 g

Eiweißpräparate			
Eiweißpulver/-shake			in g angeben
Eiweißbrot			Scheibe 40 g
Milcheiweiß			Teelöffel 5,00 g
Sojaweißkonzentrat			Portion 50 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung notieren Sie bitte auf der Rückseite. Danke