

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
und Ernährungsmedizin

49545 Tecklenburg, Ostlandweg 4

Tel.: 05481/93990

FAX: 05481/939929

E-Mail: info@praxis-leeden.de

www.adipositaszentrum.praxis-leeden.de

Name: _____

Telefonnummer: _____



PATIENTENINFORMATION

ZUR VORBEREITUNG AUF DIE ERSTVORSTELLUNG IN DER ADIPOSITASSPRECHSTUNDE

1. Info-Bogen
2. Angaben zur Person
3. Datenschutzvereinbarung
4. Motivationsfragebogen
5. Allgemeine und Familien-Vorgeschichte
6. Gewichtsvorgeschichte
7. Fragen zum Lebensstil
8. Fragen zum Essverhalten
9. Fragebogen zur Lebensqualität
10. Tagesprotokoll - ggf. APP-Nutzung (siehe Seite 2)
11. Bewegungsprotokoll
12. Ernährungsprotokoll
13. Fragebogen zum Schnarchen und zur Tagesmüdigkeit

Patienteninformation

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Sie möchten sich in meiner Sprechstunde zur Übergewichtsbehandlung vorstellen.

Als Ernährungsmedizinerin bin ich daran interessiert, Ihnen auf dem Weg zu einer *dauerhaft gesünderen Lebensweise* zu helfen.

Bei der modernen Adipositasbehandlung geht es um die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität und nicht nur um eine reine Gewichtsreduktion.

Um gezielt beraten zu können, benötige ich vorab einige Informationen von Ihnen.

Daher möchte ich Sie bitten, die beigefügten Fragebögen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und **unbedingt vor** der Erstvorstellung zurückzuschicken. Sie können sich ihn ausdrucken und ihn dann in aller Ruhe ausfüllen oder aber die pdf-Datei befüllen. Diese recht umfangreichen Infos erleichtern mir unser Erstgespräch, für das ich entsprechend vorbereitet sein möchte.

Bitte beachten Sie:

**Ohne diese Unterlagen ist eine Vorstellung nicht zielbringend
und wird daher von uns nicht durchgeführt!
Unvollständig ausgefüllte Fragebögen werden nicht bearbeitet!!**

WICHTIG: Der lange Fragebogen beinhaltet zwei verschiedenen Formen von Essprotokollen. Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt – der Versuch, sich abends an das Gegessene und Getrunkene vollständig zu erinnern, wird scheitern.

Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende in die Strichliste. Das Formular „Meine Tagesübersicht“ dient als Kopiervorlage für Sie.

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Alternativ zur Strichliste können Sie zum Führen Ihres Ernährungsprotokolls verschiedene **APPs** nutzen, über die Sie im Vorfeld die Analyse laufen lassen können (z. B. FDDb, kalorien.de, Yazio, myfitnessPal). Die Auswertung legen Sie Ihren Unterlagen bitte bei. Dabei achten Sie bitte darauf, dass Sie die gesamte Analyse und nicht nur die reine Kalorienzufuhr ausdrucken.

Sollten bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Labor- oder EKG-Untersuchungen vorgenommen worden sein, so besorgen Sie bitte vorab eine Befundkopie bei Ihrem Hausarzt.

Nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen in meiner Praxis vereinbart mein Team mit Ihnen telefonisch einen Termin zur Erstvorstellung innerhalb der kommenden Wochen. Bitte notieren Sie daher eine Telefonnummer, unter der Sie gut erreichbar sind.

Der erste Sprechstundentermin dient der Einschätzung, Einleitung und Steuerung der sich anschließenden Adipositas-Therapie.

Auch bei Wunsch nach chirurgischer Therapie ist zunächst eine Vorstellung in dieser Sprechstunde notwendig.

Die wissenschaftlich fundierte Therapie der Adipositas besteht aus mehreren Säulen:

- Basistherapie: Ernährungstherapie, Bewegungstherapie
- Im Einzelfall Vermittlung zur verhaltenspsychologischen Unterstützung und
- ggfs. medikamentöse Therapie sowie
- ab BMI >35 kg/m² + Begleiterkrankungen bzw. ab BMI >40 kg/m² ggfs. chirurgische Therapie (gemäß EOSS)

Eine Umstellung der Ernährung und die Steigerung der Bewegung stellen die Basis jeder Übergewichtsbehandlung dar und sind zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Behandlung bei jedem Patienten erforderlich. Auch der langfristige Erfolg der chirurgischen Therapie hängt von der Vermeidung einer Mangelernährung und der Verhinderung eines zu hohen Muskelverlustes ab.

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen unterstützen in unterschiedlicher Art und Weise Therapiekonzepte zur Ernährung/Bewegung nach dem §43 SGB V und die Verordnung von REHA-Sport. Die Höhe der anteiligen Kostenübernahme ist jedoch sehr verschieden.

Die in meiner Schwerpunktpraxis konkret angebotenen Maßnahmen sehen wie folgt aus:

1. Ausführliches Anamnesegespräch über Ihre aktuellen Probleme in Bezug auf die Ernährung und Ihre Vorgeschichte anhand der vorab zugesendeten Unterlagen
2. Ermittlung der biometrischen Daten und ggfs. Risikofaktoren (Labor/EKG)
3. Bestimmung der Körperzusammensetzung anhand BIA-Messung (gehört zu jeder Untersuchung, Kosten 20,- €) - zur Sicherung eines hohen Behandlungsstandard zwingend erforderlich
4. Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens anhand von Essprotokoll und Tagesplänen durch unsere Diätassistentin*
5. Erstellung eines Therapieplanes im ernährungstherapeutischen Team
6. Verordnung von Ernährungstherapie zur fundierten Ernährungsberatung als Einzelberatung oder ggf. in Gruppenkursen*
7. Indikationsstellung und Gutachtenerstellung (kostenpflichtig) für Menschen, bei denen eine operative Adipositasbehandlung medizinisch sinnvoll ist.

Zu *: Bei entsprechender Indikationsstellung erhalten Sie eine ärztliche Verordnung für Ernährungstherapie sowie einen Kostenvoranschlag, den Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen müssen, um dort eine anteilige Kostenerstattung zu beantragen.

Was ich Ihnen sicherlich nicht bieten kann, ist eine kurzfristige Lösung Ihres oft jahrzehntelangen Leidensweges. Nur eine lebenslängliche Veränderung Ihres Ess- und Bewegungsverhaltens kann eine dauerhafte Gewichtsreduktion bewirken. Dies gilt auch für Menschen, bei denen aus medizinischen Gründen eine zusätzliche Adipositasoperation angestrebt wird.

Und: Nur Sie alleine können dies schaffen – unser Team kann Ihnen durch sinnvolle und professionelle Behandlungsverfahren Unterstützung geben und Sie dadurch ein Stück auf Ihrem harten und steinigen Weg begleiten.

Ich freue mich auf unser Kennenlernen im Erstgespräch!

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann



BDEM Erfassungsbogen Adipositas

Angaben zur Person

Datum

Name

Geburtsdatum

Körpergröße

Aktuelles

Gewicht

Wohnort

Telefon

Handy-Nummer

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt

(mit Adresse + Telefonnummer):

Mitbehandelnde Ärzte

(mit Adresse + Telefonnummer):

Waren Sie schon einmal in psychologischer/
psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/
psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?



**Einverständniserklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten
gem. §73 Abs. 1 b SGB V**

Ich

_____ (Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wohnort, Datum:

**Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters:**

SCREENING FRAGEN ZU IHRER PERSÖNLICHEN MOTIVATION

nach Dr. Dietlinde Nord-Rüdiger

1. Welche Aussage beschreibt Ihre 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 ab und an einige Änderungen ausprobiert.
- Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.

2. Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Gewichtsabnahme ausgedrückt in Prozentzahlen?

- unter 50 % = (weniger wichtig)
- 40 – 60 % = (mittel wichtig)
- 50 – 70 % = (sehr wichtig)

3. Warum möchten Sie abnehmen?

- Weil mein Arzt/Familie/Freund/Chef/Partner mich darauf anspricht.
- Weil mir immer bewusster wird, dass es so nicht mehr weitergeht.

4. Was sind Sie bereit dafür zu tun?

- Am liebsten würde ich abnehmen ohne meine Lebensgewohnheiten groß umstellen zu müssen
- Ich bin bereit meine Lebensgewohnheiten zu ändern, auch wenn es mir nicht leicht fällt

5. Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen

⇒

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 ⇐

0= überhaupt nicht bereit 10 = völlig bereit

Ich „wünsche“ mir folgende Behandlungsmethode:

- konservative Adipositasstherapie
- operative Adipositasstherapie
- weiß ich nicht

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? Bitte zutreffendes Kästchen mit "x" kennzeichnen

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-Schnarch-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Halsgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Beingefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen/Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine (oder OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverfettung, -zirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen (welche):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündung der Speiseröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündung der Magenschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WEITERE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ:

Wann?

Schnarchen Sie?*	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<i>wenn ja:</i> Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z. B. im Schlaflabor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Schlafmaske?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Sind Sie tagsüber extrem müde?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Stuhlgang	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen?	_____	mal/Nacht

Zu*: Bitte beachten Sie unbedingt den gesonderten Fragebogen zu Schnarchen und Tagesmüdigkeit auf den letzten Seiten!

Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung? _____

Wann war die letzte Regeblutung? _____

Wechseljahre in welchem Alter? _____

Hormonersatztherapie? _____

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)? ja nein weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: _____

Verhütungsmaßnahmen:

Pille Spirale Kondom Sterilisation

Andere: _____

Geburten: _____

Nur für Männer

Haben Sie eine Erektionsstörung? ja nein weiß ich nicht

eine Prostatavergrößerung? ja nein weiß ich nicht

Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

Fragen zur Familiengeschichte

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
Erkrankungen	Bitte ein Kreuz machen für Ja					
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung anderer Gefäße/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersdemenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei Tod/ Ursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe _____ cm

derzeitiges Gewicht _____ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor < 1 Jahr
 2 - 4 Jahren
 ≥ 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor ≤1 Jahr
 2 - 4 Jahre
 ≥5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: _____ kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei: _____ kg

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

In einem Jahr möchte ich wiegen: _____ kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen _____ mal/Tag _____ mal/Woche _____ mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße Änderung der Gürtellänge

Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach den Schwangerschaften.

Wie häufig haben Sie bereits Versuche zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

- Noch nie
- 1 - 5 mal
- 6 - 9 mal
- ≥ 10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

	Wann? Jahres- angabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS- VERLUST in kg	WIEDER- ZUNAHME in kg	Nach welchem Zeitraum?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis/DOC Weight					
Mit Unterstützung Ihres Arztes Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Xenical/Reductil					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu *: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

Warum möchten Sie abnehmen?

-
-
-
-
-

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____

davon beruflich bedingt: _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

Welchen Sport? _____

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja nein

Wenn ja welche? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja nein

Schämen Sie sich beim Sport z. B. Schwimmen? ja nein

Raucher seit _____ Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit _____
geraucht über _____ Jahre _____ Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z. B. Fast Food Restaurants? immer häufig selten nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier Wein/Sekt Spirituosen Cocktails/Alcopops
 _____ mal/Woche _____ mal/Monat

Aus welchen Gründen? aus Gründen des Genusses
aufgrund einer Alltagsgewohnheit
um abzuspannen
um von Problemen abgelenkt zu werden
um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft geschieden verwitwet Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?
 - bitte ankreuzen -

Wie viele Kinder haben Sie? _____ Alter: _____

Hauptschule Gesamtschule Realschule Gymnasium Studium

Gelernter Beruf? _____

jetzige Tätigkeit? _____

Schichtarbeit? ja nein

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ja nein

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

Wie essen Sie? schnell langsam bewusst
 Zeitung lesend beim Fernsehen unregelmäßig

Wo essen Sie? im Wohnzimmer in der Küche bei der Arbeit
 unterwegs
 Andere Orte: _____

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? _____

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen) _____

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? immer häufig selten nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Essen Sie Fast Food? immer häufig selten nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____

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

Fragebogen zur Lebensqualität

Quality of Life for Obesity Surgery (QOLOS) Questionnaire (Astrid Müller, Martina de Zwaan et al.
OBES SURG (2018) 28:451 - 463 -DOI 10.1007/s11695-017-2864-6 - Teil 1

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils- teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
1	Ich bin fast ständig am Essen von kleinen Snacks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe ständig Angst, nicht satt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es ist mir unangenehm, meinen Körper zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich bin mit meinem Aussehen unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich lehne meinen Körper ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich verliere häufig die Kontrolle über mein Essverhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Aus Angst vor Blicken oder Kommentaren von Anderen vermeide ich viele Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Aufgrund meines äußeren Erscheinungsbildes habe ich Schwierigkeiten, einen Partner/eine Partnerin zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	In meiner Partnerschaft erfahre ich genügend Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe genügend positive Aktivitäten in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich kann problemlos vom Boden oder von Sitzgelegenheiten aufstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich habe das Gefühl, aktiv am Leben teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Meine körperlichen Erkrankungen beeinträchtigen mich in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich habe genug Energie, um meinen Alltag bewältigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Gelegentlich esse ich in einer kurzen Zeit viel mehr als für mich normal wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich kann Essen genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Aufgrund meines Aussehens finde ich keine Arbeitsstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	In meiner Familie fühle ich mich geliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Meine Gedanken kreisen ständig um die Themen Essen und Gewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Es belastet mich, keinen festen Partner/keine feste Partnerin zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	In meiner Familie erfahre ich genügend Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Sobald ich Probleme oder Stress habe, esse ich zu viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Mich alleine an- und ausziehen gelingt mir mühelos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich esse oft heimlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich schäme mich für meinen Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Meine Schmerzen behindern mich bei vielen Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	In meiner Familie erfahre ich ausreichend Wertschätzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Das Einzige was mich tröstet, ist Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich esse oft weiter, obwohl sich mein Magen bereits voll anfühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ich mache mir Sorgen um meine finanzielle Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Mein Aussehen behindert meine berufliche Entwicklung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ich erlebe Schwierigkeiten bei der Körperpflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Bei der Haushaltsführung bin ich auf Hilfe angewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ich fühle mich in meinem Körper wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Aufgrund meiner Schmerzen bin ich nicht leistungsfähig genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Aufgrund meines Aussehens habe ich viele Nachteile im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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



BITTE ÜBER 1 WOCH FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

Unser Tipp:

Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.
ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Frühstück _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Mittagessen _____ Uhr		
eventuell Zwischenmahlzeit _____ Uhr		
Abendessen _____ Uhr		
Sonstige Nahrungsaufnahme _____ Uhr		

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

NEIN

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

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"/> ☹	

Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
FR	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer:		
	<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"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer:		
	<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"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer:		
	<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

**kann ersetzt werden durch
 APP-Auswertung**

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 Cornflakes			
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
Puten-/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 70,0 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
Fischkonserve			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
Mineral-/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 Knabberer			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

Ggf. Wichtige Anmerkungen für die Auswertung:

Leider ist dieser Teil des Fragebogens nicht als ausfüllbare Version verfügbar. Bitte drucken Sie ihn daher aus und scannen ihn ausgefüllt wieder ein oder fotografieren ihn ab. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Datum:
 Name: Geburtsdatum:
 Beruf: Größe:
 Gewicht:

Schlaf	Nie	Selten	Häufig
Wurde berichtet, dass Sie schnarchen? Seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die Schnarchintensität zugenommen? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf? von: Uhr bis: Uhr			
Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? Stunden			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie im Schichtdienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Verspüren Sie im Schlaf unkontrollierte Zuckungen in den Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie nachts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Schlafapnoe Wo? Wann?			
Tragen Sie eine Atemmaske? Wenn ja, seit wann?			

Tagesbefinden	Nie	Selten	Häufig
Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Konzentrationsvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auffällig vergesslich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie häufig ungeduldig und gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Motivationslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannte? Wenn ja, welche?			
Leiden Sie unter einer behinderten Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Nasennebenhöhlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie Nasenspray?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten wiederkehrende Hautreizungen (Ekzeme) auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie plötzlich auftretende Müdigkeit während einer Mahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten. benutzen Sie bitte die folgende Scala, und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

- 0 = nie einnicken oder einschlafen
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Gespräch im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im für einige Minuten stehendem Auto im Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

