

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. Fragebögen zum postoperativen Verlauf
 - OP und allgemeiner und Gewichtsverlauf
 - Fragen zum Essen und Beschwerden
 - Medikamente und Supplemente
 - Begleiterkrankungen
 - Fragebogen zur Lebensqualität
 - Bewegungsfragebogen
2. Esstagesplan (Kopiervorlage - für 1 Woche zu führen) +
3. Ernährungsprotokoll (ersetzt **nicht** die Tagespläne) - **Alternativ können die Esstagespläne und das Strichlistenprotokoll durch eine APP geführt werden)**



Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Hausarzt::

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 Fehlernährungs-zustände entwickeln. Diese Vereinbarung zur Nachsorge war auch Bestandteil der Genehmigung der Operation durch Ihre Krankenkasse. Füllen Sie bitte vorab diese Fragebögen möglichst vollständig aus.

Führen Sie bitte unbedingt über eine Woche das beigefügte Ernährungs- und Bewegungsprotokoll. Dabei bitten wir Sie um die Nutzung einer APP, über die Sie im Vorfeld die Analyse laufen lassen können (z.B. Fddb, kalorien.de, Yazio, myfitnessPal).

Senden Sie die Unterlagen bitte spätestens **ZWEI WOCHEN** vor dem Nachsorgetermin an die Schwerpunktpraxis. Vielen Dank!

Anmerkung zum Datenschutz:

Eine Erklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO - Mai 2018) zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V wird erteilt.

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: _____



Wann wurden Sie operiert und von wem (Krankenhaus und Operateur):

Welche Methode: Magenband:
Magenbypass:

Sleeve:

Anderes:

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

Sind Sie mit dem bisherigen Verlauf zufrieden? Ja nein

Wenn nein, warum nicht?

KOMPLIKATIONEN: (bitte angeben):

Rückbildung einer schwerwiegenden Krankheit
Andere Krankheiten verbessert

REOPERATIONEN: (bitte angeben)

Werden Sie von einem Psychotherapeuten mitbetreut: 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 Beingefäße				
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

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)

Nachfolgend sind einige Aussagen aufgeführt, die sich auf Ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität vor bzw. nach Adipositaschirurgie beziehen. Bitte lesen Sie alle Aussagen aufmerksam durch und wählen Sie aus den fünf Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die bezogen auf die letzten 4 Wochen für Sie am zutreffendsten ist.

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

35	Aufgrund meiner Schmerzen bin ich nicht leistungsfähig genug.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36	Aufgrund meines Aussehens habe ich viele Nachteile im Alltag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie sich bereits einer Adipositaschirurgie unterzogen haben.

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
37	Es belastet mich, dass Nahrung wieder „hochkommt“.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38	Aufgrund meiner Hautlappen bin ich im Alltag eingeschränkt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39	Aufgrund meiner hängenden Haut erlebe ich Schmerzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
40	Aufgrund meiner Hautlappen bin ich bei sportlichen Aktivitäten eingeschränkt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41	Die Einschränkungen beim Essen sind für mich immer noch schwierig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
42	Seit der Adipositaschirurgie geht es mir gesundheitlich schlechter.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43	Ich bereue, dass ich mich habe operieren lassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
44	Aufgrund meiner hängenden Haut habe ich Schwierigkeiten mit meiner Körperhygiene.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
45	Es ist mir unangenehm, wenn jemand sieht, wie stark meine Haut hängt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
46	Meine überschüssige Haut finde ich sehr unattraktiv.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
47	Ich bin zufrieden mit meiner bisherigen Gewichtsabnahme.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
48	Ich habe aufgrund von Operationskomplikationen gesundheitliche Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
49	Aufgrund meiner Hautlappen habe ich häufig Infektionen oder wunde Stellen am Körper.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
50	Es belastet mich, dass Nahrung gelegentlich „stecken bleibt“.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
51	Aufgrund meiner Hautlappen fühle ich mich hässlich.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
52	Ich esse manchmal Lebensmittel, von denen ich weiß, dass ich mich danach mit hoher Wahrscheinlichkeit erbrechen muss.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
53	Ich habe Schwierigkeiten, meine Nahrung ausreichend zu kauen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Die folgenden drei Fragen beziehen sich auf „Dumping“. Darunter versteht man verschiedene Körpersymptome, die nach dem Verzehr zuckerreicher Lebensmittel auftreten können, z. B. Schweißausbruch, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, Herzrasen, Schwäche, Unruhe, Zittern

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
54	Bei einem Dumping erlebe ich große Schmerzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
55	Ich habe Schwierigkeiten, mit meinem Dumping zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
56	Dumping beeinträchtigt mich in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



K O P I E R V O R L A G E
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.

TAGESÜBERSICHT

NAME: _____

Geb.datum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
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 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:

1. Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
2. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
3. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
4. Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
5. Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
6. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
7. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
8. 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
Radishes 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
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
Müslriegel			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 Knabbereien			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
Sojaweiweißkonzentrat			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