



# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

## Erhebungsbogen für die Nachsorge: 3-Monate nach Ihrer OP



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach Ihrer Adipositas-Operation steht nun der erste Termin für Ihre Nachsorge aus.

Um den Erfolg Ihrer Operation beurteilen und den weiteren Verlauf Ihrer Behandlung planen zu können, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Nachsorgetermin mitzubringen.

Bitte beachten Sie, dass Sie hier für die Zeit nach Ihrer Operation befragt werden.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

## Allgemeine Fragen

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Bitte geben Sie folgende Angaben für den Zeitraum **seit Ihrer Operation** an.

Haben regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht?  Nein  Ja

---

Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten?  Nein  Ja

---

Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen?  Nein  Ja

---

Haben Sie regelmäßig Sport betrieben?  Nein  Ja

---

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt (immobil)

---

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate ein?  Nein  Ja

Wenn "Ja", welche:

---

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Ich habe die folgenden Fragen mit meinem Hausarzt besprochen  Nein  Ja

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Diabetes Typ 2  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Bluthochdruck  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Fettstoffwechselstörung  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Harnsäureerhöhung / Gicht  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS)  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Gelenkerkrankungen/schmerzen  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen?  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Harninkontinenz?  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

Leiden Sie unter Sodbrennen  Nein  Ja, **wie vor der OP**  Ja, **besser** als vor der OP  Ja, **schlechter** als vor der OP  Ja, **neu** aufgetreten

## Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) 0

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

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

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

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
		<input type="checkbox"/>			
		nicht berufstätig			
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5