Klinikum Stuttgart

Anamnesebogen

Familien- und Sozialanamnese **bitte zutreffendes ankreuzen, z.B. ☒ ja ☐ nein**

Familienstand	☐ ledig	☐ verheiratet	Alkohol regelmäßig	☐ ja	☐ nein
	☐ geschieden	☐ verwitwet	Rauchen	☐ ja	☐ nein
	☐ getrennt	☐ Partnerschaft	berufstätig	☐ ja	☐ nein
Mutter adipös	☐ ja	☐ nein	krankgeschrieben	☐ ja	☐ nein
Vater adipös	☐ ja	☐ nein	arbeitslos	☐ ja	☐ nein
Anzahl Kinder	_____		berentet	☐ ja	☐ nein
Anzahl Geschwister	_____		Beruf _____		
Anzahl adipöser Geschwister	_____				

Internistische Erkrankungen

Glucosetolleranztest auffällig	☐ ja	☐ nein	Herzinsuffizienz	☐ ja	☐ nein
Diabetes mellitus Typ 1	☐ ja	☐ nein	**Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen**		
Diabetes mellitus Typ 2	☐ ja	☐ nein	Verengung der Herzkranzgefäße	☐ ja	☐ nein
Jahr Erstdiagnose Diabetes	_____		Herzinfarkt	☐ ja	☐ nein
Teilnahme DMP Diabetes	☐ ja	☐ nein	Jahr des letzten Herzinfarkt	_____	
Wenn ja, bitte Nachweis mitbringen			Herzkatheteruntersuchung	☐ ja	☐ nein
Diabetestabletten	☐ ja	☐ nein	**Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen**		
Einnahme Victoza	☐ ja	☐ nein	Thrombose in Vergangenheit	☐ ja	☐ nein
Insulineinheiten/Tag gesamt	_____IE		Lungenembolie in Vergangenheit	☐ ja	☐ nein
Wert HbA1c	_____%		Bösartige Erkrankung in Vergangenheit	☐ ja	☐ nein
Niereninsuffizienz	☐ ja	☐ nein	**Wenn ja, bitte unbedingt Befunde mitbringen**		
Asthma	☐ ja	☐ nein	Krampfadern	☐ ja	☐ nein
Nachts Atemaussetzer	☐ ja	☐ nein	Lymphödem	☐ ja	☐ nein
Schlafapnoe	☐ ja	☐ nein	Gefäßverkalkung Beine	☐ ja	☐ nein
Maske bei Schlafapnoe	☐ ja	☐ nein	Offene Wunden an Beinen	☐ ja	☐ nein
Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein	Rückenschmerzen	☐ ja	☐ nein
Anzahl Wirkstoffe gegen Bluthochdruck _____			Arthrose Hüfte	☐ nein ☐ re. ☐ li. ☐ bds.	
Blutfette erhöht	☐ ja	☐ nein	Arthrose Knie	☐ nein ☐ re. ☐ li. ☐ bds.	
Cholesterin erhöht	☐ ja	☐ nein	Schmerzen Hüfte	☐ nein ☐ re. ☐ li. ☐ bds.	
Schilddrüse vergrößert	☐ ja	☐ nein	Schmerzen Knie	☐ nein ☐ re. ☐ li. ☐ bds	
Schilddrüsenunterfunktion	☐ ja	☐ nein	Schmerzen Sprunggelenk Fuß	☐ nein ☐ re. ☐ li. ☐ bds	
Sonstige Schilddrüsenerkrankung _____			Wegstrecke zu Fuß am Stück _____Meter		
Sodbrennen	☐ ja	☐ nein			

psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen

Aktuell oder zurückliegend psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung, bipolare Störung, Schizophrenie etc.)? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche _____ Bestehen Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente etc.)? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche _____	Leiden oder litten Sie in der Vorgeschichte an einer Essstörung (z. B. Binge-Eating-Störung, Bulimia oder Anorexia nervosa)? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche _____

Weitere Erkrankungen	**Allergien**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Operationen

Blinddarmentfernung ☐ ja ☐ nein Falls ja - laparoskopisch ☐ ja ☐ nein Datum _____ Gallenblasenentfernung ☐ ja ☐ nein Falls ja - laparoskopisch ☐ ja ☐ nein Datum _____ Kaiserschnittentbindung ☐ ja ☐ nein Anzahl Kaiserschnittentbindung _____ Sterilisation ☐ ja ☐ nein Falls ja – Datum _____	Gebärmutterentfernung ☐ ja ☐ nein Operationszugang ☐ offen ☐ laparoskopisch ☐ vaginal Weitere Eingriffe Jahr _____ Eingriff _____ Jahr _____ Eingriff _____ Jahr _____ Eingriff _____

Klinikum Stuttgart

Medikamentenliste

Medikamentenname	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	b. Bedarf
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☒
		☐	☐	☐	☐	☐

Auflistung konservativer Therapieversuche in den letzten 10 Jahren

Bitte füllen sie folgende Tabellen zutreffend aus. Die Angaben sind für den Arzt sehr wichtig!

Diäten

Unter Diäten versteht man kurzfristige Versuche der Gewichtsreduktion nach strengem, vorgefertigtem Ernährungsplan (z.B. Weight Watchers, Brigitte Diät).

Diätname	Beginn	Ende	Gewicht vor Diät	Gewicht nach Diät

Ernährungsberatungen

Ernährungsberatungen sind Kurse zur Ernährung, die z.B. von Krankenkassen, Arztpraxen, freien Ernährungsberatern, Ökotrophologen angeboten werden.

Anbieter Ernährungsberatung		Beginn	Ende	Gewicht vor Diät	Gewicht nach Diät

Sportprogramme

Sportprogramme sind regelmäßige sportliche Aktivitäten. Hier kommen z.B. Fitnessstudiobesuche, Nordic Walking, Aquafitness, Tanzen, Heimtrainer, Krankengymnastik und Programme verschiedener Krankenkassen wie z.B. Rückenschule usw. in Betracht.

Sportart	Std/ Wo	Beginn	Ende	Gewicht vorher	Gewicht nachher

Klinikum Stuttgart

Ernährungsteam Klinikum Stuttgart
Leitung: Dr. rer.nat. Beate Schlegel
Telefon 0711 278-62668
Telefax 0711 278-62669

VDD
Zertifiziertes Mitglied im Verband der Diätassistenten

Name: _____

Geb.Datum: _____

Vorlage Ernährungstagebuch – zur Kopie

Bitte bringen Sie sieben ausgefüllte Ernährungsprotokolle für sieben Tage zum Termin mit. Sie können diesen Vordruck als Kopiervorlage nutzen.

MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

Wochentag: _____ Datum: _____

Uhr-zeit	Lebensmittel		Getränk		Notizen		Bewegung		
	Gramm Anzahl	Art	Anzahl 1 = 250 ml	Art	z.B. Unverträglichkeiten		Wann, Was, Wo , Wie		
									MORGENS
									MITTAGS
									ABENDS