

Gemeinschaftspraxis Schaden

Ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis BDEM

Jacobistraße 3-5, 40211 Düsseldorf

Tel. 0211-550 439 522, Fax 0211-550 439 41

www.praxis-schaden.de, info@praxis-schaden.de

Name: _____

Telefonnummer: _____



INFORMATION *für bereits operierte Patienten*

ZUR VORBEREITUNG
auf die Vorstellung in der ersten 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-/Fehlernährungszustände entwickeln. Diese Nachsorgevereinbarung war auch Bestandteil der Genehmigung der Operation durch Ihre 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 eine Woche vor dem Nachsorgetermin an die Schwerpunktpraxis. Vielen Dank!

Name:

Vorname:

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 pers.Zielgewicht: _____

Sind Sie mit dem bisherigen Verlauf zufrieden? ja nein

Wenn nein, warum nicht?



Erfassungsbogen ERSTE Nachsorge

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?

Datum: _____

Unterschrift: _____

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

--	--	--	--	--

Fragebogen zur Gewichtsvorgeschichte und - entwicklung

Was war Ihr höchstes Körpergewicht? kg Wann war das? _____
Wie viel wiegen Sie jetzt? kg
Wie groß sind Sie? cm

Zeitpunkt	Gewicht
Vor-OP	
Nach 3 Monaten	
Nach 6 Monaten	
Nach 9 Monaten	
Nach 12 Monaten	
Nach 15 Monaten	
Nach 18 Monaten	
Nach 21 Monaten	
Nach 24 Monaten	
Nach 36 Monaten	
Nach 48 Monaten	
Nach 60 Monaten	

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

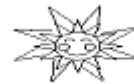


sehr schlecht

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)

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

Erfassungsbogen ERSTE Nachsorge

	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	_____		
Fr	<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 _____ _____	☺ ☹ ☹	
Sa	<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 _____ _____	☺ ☹ ☹	
So	<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 _____ _____	☺ ☹ ☹	

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:



Erfassungsbogen ERSTE Nachsorge

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

So ernähre ich mich

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.
- 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
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen			Scheibe 30,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Croissant aus Blätterteig			Stück 70,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,0 g
Margarine			Teelöffel 5,0 g
Butter halbfett			Teelöffel 5,0 g
Margarine halbfett			Teelöffel 5,0 g
Wurst			Scheibe 25,0 g
Wurst fettreduziert			Scheibe 25,0 g
Schinken roh			Portion 10,0 g
Schinken gekocht			Scheibe 30,0 g
Salami			Portion 30,0 g
Käse unter 20% Fett			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse Rahmstufe			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
Cerealien (Corn Flakes, etc.)			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Früchte-Müsli			Tasse 50,0 g

Schoko-Müsli			Tasse 50,0 g
Frischkornbrei			Tasse 125 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee, Tee (schwarz)			Tasse 125 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 125 g
Dosenmilch			Teelöffel 5,00 g
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tabl./Tropf. 0,5 g
Kakao			Tasse 125 g
Trinkmilch 3,5 %			Tasse 125 g
Trinkmilch 1,5 %			Tasse 125 g
Buttermilch			Tasse 125 g
Naturjoghurt 3,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 1,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 0,1 % Fett			Kl. Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 125 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 125 g
Putenschnitzel			Portion 125 g
Hähnchenschnitzel			Portion 125 g
Braten			Portion 125 g
Gulasch, Ragout			Tasse 125 g
Bratwurst			Stück 100 g
Bockwurst			Stück 125 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 100 g
1/2 Hähnchen			Stück 370 g
Leber, Herz, Niere			Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch			Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 50 g

Erfassungsbogen ERSTE Nachsorge

Beilagen, Soßen & Suppen		
Kartoffeln		Stück 80,0 g
Kartoffelpüree		Tasse 150 g
Klöße, Knödel		Stück 80,0 g
Bratkartoffeln		Tasse 120 g
Pommes Frites		Portion 100 g
Kartoffelpuffer		Stück 70,0 g
Kartoffelsalat		Portion 150 g
Reis, gekocht		Tasse 100 g
Nudeln, gekocht		Tasse 100 g
Pizza, mittelgroß		Stück 300 g
Mehlpfannkuchen		Stück 180 g
Klare Suppe		Teller, 250 ml
Gebundene Suppe		Teller, 250 ml
Gemüsesuppe, dick		Portion, 350 ml
Soßen hell		Portion 60,0 g
Soßen dunkel		Portion 60,0 g
Tomatenketchup		Portion 20,0 g
Hackfleischsoße		Esslöffel 20,0 g
Käsesoße		Portion 60,0 g
Gemüse		
Gemüse, gebunden		Portion 200 g
Gemüse, gedünstet		Portion 200 g
Hülsenfrüchte		Portion 200g
Tomaten frisch		Stück 60,0 g
Gurke		Stück 100 g
Rohkostsalat		Portion 150 g
Blattsalat gemischt		Portion 150 g
Gemüsepaprika frisch		Stück 150 g
Mohrrübe frisch		Stück 150 g
Radieschen frisch		Stück 15,0 g
Sahne-Dressing		Esslöffel 30 g
Essig-Öl-Marinade		Esslöffel 30 g
Joghurt-Dressing		Esslöffel 30 g

	Fisch		
Fisch gekocht oder gedünstet			Portion 150 g
Fisch gebraten			Portion 150 g
Fisch, paniert			Portion 150 g
Fischstäbchen			Stück 30,0 g
Fischkonserve			Dose 180 g
Fisch, geräuchert			Stück 70,0 g
Rollmops, Matjes			Stück 90,0 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringssalat			Portion 50 g
Getränke			
Fruchtsaft (100% Frucht)			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser oder Sodastreamer			Glas 200 g
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen			Schnapsglas 20,0 g
Likör, Apfeln			Schnapsglas 20,0 g
Obst			
Apfel, Birne			Stück 125 g
Pfirsich, Nektarine			Stück 125 g
Trauben, Beeren			Stück 100 g
Orange /Apfelsine			Stück 150 g
Banane			Stück 140 g
Trockenobst			Tasse 70,0 g
Kiwi			Stück 45 g
Kirschen, frisch			Portion 125 g
Pflaumen, frisch			Portion 125 g
Kuchen und Dessert			

Obstkuchen		Stück 100 g
Trockenkuchen		Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte		Stück 120 g
Stückchen, Teilchen		Stück 100 g
Schlagsahne		Esslöffel 20,0 g
Waffeln		Portion 150 g
Eis		Portion 150 g
Milchpudding		Portion 150 g
Kompott, Apfelmus		Portion 125 g

Süßwaren und Snacks		
Bonbon		Stück 5 g
Kekse		Stück 10 g
Müsliriegel		Stück 50 g
Schokolade		Stückchen 20 g
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)		Stück 60,0 g
Pralinen		Stück 13,0 g
Gummibärchen		Handvoll 15 g
Nüsse		Handvoll 50 g
Salzige Knabberereien		Handvoll 50 g
Kartoffelchips		Handvoll 50 g
Studentenfutter mit Erdnüssen		Handvoll 50 g
Negerkuss, mittelgroß		Stück 20 g

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

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