

01_Erstvorstellung Anamnesebogen Adipositas

Praxis: _____ Datum: _____

Patientendaten

Name:	Geburtsdatum:	Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D
Beruf: ☐ Schichtarbeit	☐ ledig ☐ verheiratet	
Körpergröße (cm)	Gewicht (kg)	BMI:
Blutdruck: Arm rechts: _____ links: _____	Herzfrequenz:	Bauchumfang:
BIA FM: _____ BIA FFM: _____	Waist to height Ratio:	Hüftumfang (cm):
Telefon:	E-Mail:	
Hausarzt:	Überweisender Arzt:	

1. Motivation und Therapieziel

☐ Gesundheit ☐ Diabetes ☐ Blutdruck ☐ Herz ☐ Gelenke ☐ Beweglichkeit ☐ Lebensqualität

☐ Sonstiges: _____ Wunschgewicht: 3 / 6 / 12 Monate: _____ / _____ / _____ kg

2. Gewichtsanamnese

Aktuelles Gewicht: _____ kg Höchstgewicht: _____ kg Niedrigstes Erwachsenengewicht: _____ kg

Gewicht vor 1 Jahr: _____ kg

Übergewicht seit: ☐ Kindheit ☐ Jugend ☐ Erwachsenenalter

Auslöser: ☐ Schwangerschaft ☐ Wechseljahre ☐ Stress ☐ Schichtarbeit
☐ Medikamente ☐ Erkrankung ☐ Raucherentwöhnung ☐ keine

3. Begleiterkrankungen

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Prädiabetes | ☐ Diabetes | ☐ Hypertonie | ☐ Dyslipidämie | ☐ Schlafapnoe |
| ☐ KHK | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Vorhofflimmern | ☐ Schlaganfall | ☐ Fettleber |
| ☐ Asthma/COPD | ☐ PCOS | ☐ Reflux | ☐ Chronische Nierenerkrankung | |
| ☐ Arthrose | ☐ Depression | ☐ Krebs | ☐ Schilddrüsenerkrankung | |
| ☐ Lymphödem | ☐ Gelenksbeschwerden | | | |

4. Frühere Gewichtsreduktion

- ☐ Ernährungsberatung
 ☐ Bewegungstherapie
 ☐ Verhaltenstherapie
 ☐ Formula-Diät
☐ Bariatrische Operation

5. Aktuelle Medikamente

- ☐ Dauermedikation ☐ Medikationsplan mitgebracht
☐ Insulin ☐ Sulfonylharnstoffe ☐ Cortison ☐ Antidepressiva ☐ Neuroleptika ☐ Betablocker

Medikamentöse Therapie:

Medikament	Zeitraum	Erfolg			Abbruchgrund
					
Semaglutid					
Tirzepatid					
Liraglutid					
Sonstige					

6. Ernährung / Bewegung / Schlaf

Ernährung: ☐ Heißhunger ☐ Emotionales Essen ☐ Essanfälle ☐ Süßigkeiten täglich ☐ Zuckerhaltige Getränke täglich

Bewegung: ☐ <60 Min./Woche ☐ 60–150 Min./Woche ☐ >150 Min./Woche

Schlaf: ☐ Schnarchen ☐ Tagesmüdigkeit ☐ Schlafapnoe ☐ CPAP ☐ Schlaf <6 Stunden

7. Familienanamnese

- ☐ Adipositas ☐ Diabetes ☐ Hypertonie ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall

8. Lebensqualität

Belastung durch das Gewicht (0–10): _____
 (0 – niedrig / 10 – sehr hoch)

Schmerzen (0–10): _____

9. Labor:

☐ Kleines Blutbild

☐ TSH-Wert: _____

☐ HbA1c _____

☐ Nüchtern glukose
NaF-Heparin-
Röhrchen/POCT _____

☐ Gesamt-Cholesterin _____

☐ LDL-C _____

☐ HDL-C _____

☐ Triglyzeride _____

☐ GOT _____

☐ GGT _____

☐ GPT _____

☐ FIB4 _____

☐ Natrium _____

☐ Kalium _____

☐ eGFR _____

☐ Harnsäure _____

☐ UACR _____

☐ NT-proBNP _____