



Gut vorbereitet für den Besuch bei meinem Arzt/meiner Ärztin

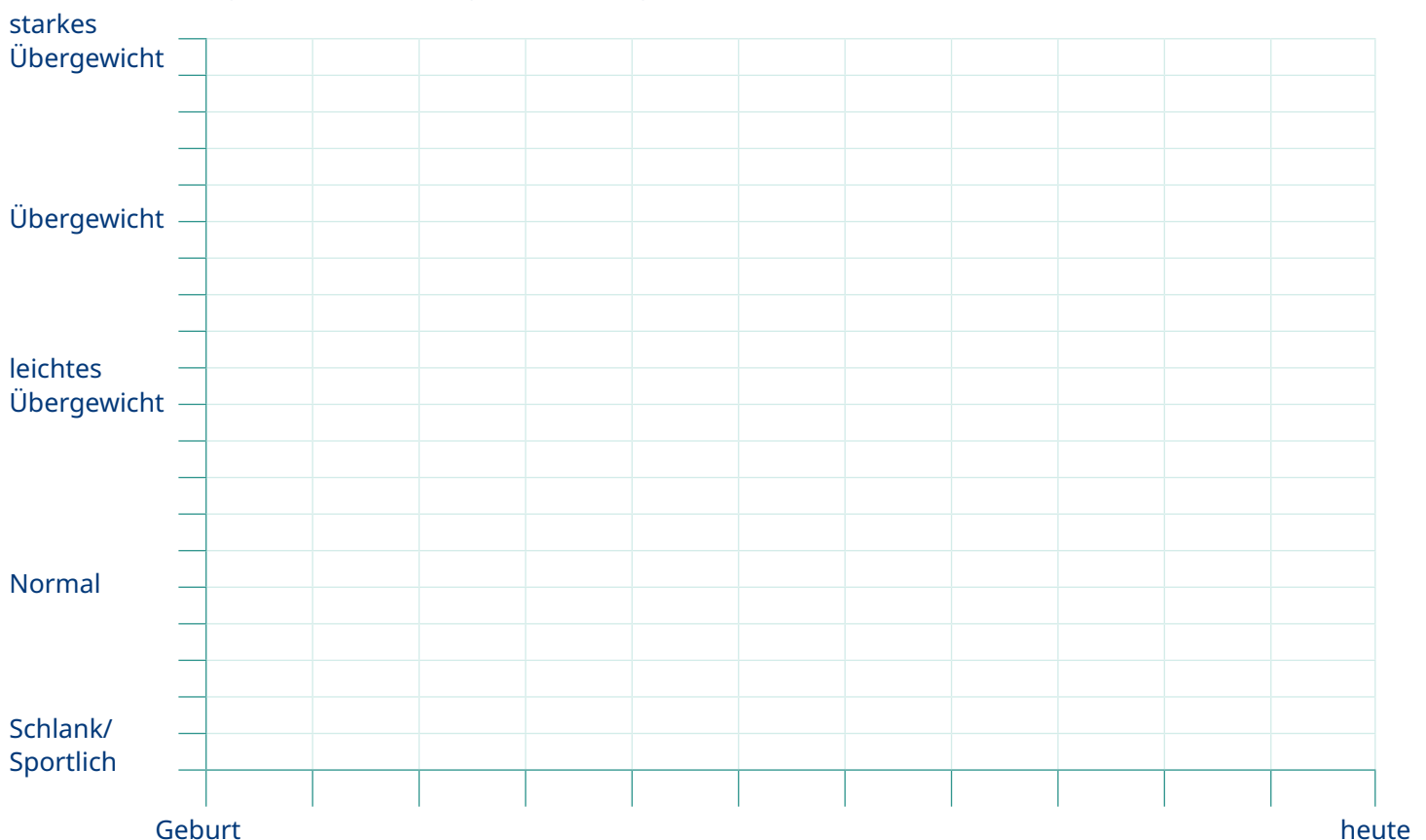
Das erste Gespräch mit deiner Ärztin oder deinem Arzt kann entscheidend sein – es bildet den Grundstein auf deinem Weg zu einem gesünderen Gewicht. Nur sie oder er kann deine persönliche Situation fachlich einschätzen, eventuelle Diagnosen stellen und Empfehlungen für Therapien geben und diese verschreiben. Um optimal auf diesen Termin vorbereitet zu sein, lohnt es sich, bereits im Vorfeld über einige Fragen nachzudenken, die dir gestellt werden könnten, aber auch Fragen, die du selbst gerne stellen möchtest. Nimm dir Zeit, um die folgende Checkliste in Ruhe durchzugehen und für dich zu beantworten – so legst du eine gute Basis für das Gespräch. Du wirst dich sicherer fühlen, und auch deine Ärztin oder dein Arzt kann gezielter auf dich eingehen.

Vor dem Besuch bei deinem Arzt oder Ärztin (Selbsteinschätzung)

Kannst du die Entwicklung deines Gewichts aufzeigen?

(Gab es Höchst- oder Tiefstände, Ereignisse, die einen besonderen Einfluss hatten?)

Zeichne dies gerne auch in folgendem Diagramm ein:



Lebensmomente
(z.B. Schule, Auszug, Studium, Kinder, Schicksalsschläge)



ÜBER-GEWICHT

GESPRÄCHSLEITFADEN – ADIPOSITAS 2/6

Ist dir dein BMI oder Taillenumfang bekannt?

☐ Ja, BMI: _____ ☐ Ja, Taillenumfang _____ cm ☐ Nein

Anhand des Body-Mass-Index (BMI) kann das Körpergewicht klassifiziert werden:

Größe (cm)	Gewicht (kg)																			
	54	59	64	68	72	77	82	86	91	95	100	104	109	113	118	122	127	132		
152,4	23	25	27	28	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	51	53	55	57		
154,9	23	25	26	28	30	32	34	36	38	40	42	43	45	47	49	51	53	55		
157,4	22	24	26	27	29	31	33	35	37	38	40	42	44	46	48	49	51	53		
160,0	21	23	25	27	28	30	32	34	35	37	39	41	43	44	46	48	50	51		
162,5	21	22	24	26	27	29	31	33	34	36	38	39	41	43	45	46	48	50		
165,1	20	22	23	25	27	28	30	32	33	35	37	38	40	42	43	45	47	48		
167,6	20	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	40	42	44	45	47		
170,1	19	20	22	24	25	27	28	30	31	33	34	35	38	39	41	42	44	45		
172,7	18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	33	35	37	38	40	41	43	44		
175,2	17	19	21	22	24	25	27	28	30	31	33	34	35	37	38	40	41	43		
177,8	17	19	20	21	23	24	26	27	29	30	32	33	34	36	37	39	40	42		
180,3	17	18	20	21	22	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	38	39	40		
182,8	16	18	19	20	22	23	24	26	27	28	30	31	33	34	35	37	38	39		
185,4	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	34	36	37	38		
187,9	16	17	18	19	21	22	23	24	26	27	29	30	31	32	33	35	36	37		
190,5	15	16	18	19	20	21	23	24	25	25	28	29	30	31	33	34	35	36		
193,0	15	16	17	18	19	21	22	23	24	26	26	28	29	30	32	33	34	35		
195,5	14	15	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	31	33	34		
198,1	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	34		
200,6	14	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	29	30	32	34		
203,2	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31		
205,7	13	14	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
208,2	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
210,8	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30		

☐ Untergewicht (BMI < 18 kg/m²)	☐ Normalgewicht (BMI ≥ 18,5 bis < 25 kg/m²)	☐ Übergewicht (BMI ≥ 25 bis < 30 kg/m²)
☐ Adipositas (BMI ≥ 30 bis < 40 kg/m²)	☐ Schwere Adipositas (BMI ≥ 40 kg/m²)	



Wenn Du
Deinen BMI genauer
berechnen oder Dich
weitergehend informieren
möchtest, scanne den
QR-Code.



Hier
kannst Du außerdem
Dein Taille-zu-Größe-
Verhältnis berechnen.
Scanne dazu den QR-Code.

Was hast du bisher versucht, um dein Gewicht zu reduzieren?

- ☐ Diäten (Name: _____)
- ☐ Ernährungsberatung, Programme, Apps (Welche: _____)
- ☐ Medikamentöse Therapie
- ☐ Operativer Eingriff

Hast du früher Sport getrieben? Wie häufig?

- ☐ Ja, und zwar _____
- ☐ mehrmals wöchentlich
- ☐ wöchentlich
- ☐ seltener
- ☐ Nein

Wenn ja, übst du diesen Sport noch immer aus?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, weil _____

Ich mache stattdessen: _____

Gibt es Situationen, in denen es dir schwerfällt, bewusst auf deine Ernährung zu achten? (z. B. Stress, Abend, Soziales, Schwangerschaft)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- Lebenssituationen _____



ÜBER-GEWICHT

Kannst du eine typische Tagesstruktur bzgl. Essen und Bewegung skizzieren?
Nutze hierzu gerne die Tabelle.

Tageszeit/Uhrzeit (ca.)	Essen (kurz beschreiben)	Bewegung/ Aktivität (Mehrfachauswahl möglich)	Dauer	Häufigkeit (pro Woche)
Vormittag / Frühstück ☐ ____ Uhr		☐ Leicht (z.B. Spaziergänge, aktivere Hausarbeit): _____ ☐ Mittel (z.B. langsames Joggen, Yoga): _____ ☐ Anstrengend (z.B. Kraftsport, Ballsport): _____ ☐ Arbeit ☐ Keine	☐ < 30Min ☐ 30–60 Min ☐ > 60 Min	☐ Nie ☐ < 1 x ☐ 2–3 x ☐ > 3 x
Nachmittag / Mittagessen ☐ ____ Uhr		☐ Leicht (z.B. Spaziergänge, aktivere Hausarbeit): _____ ☐ Mittel (z.B. langsames Joggen, Yoga): _____ ☐ Anstrengend (z.B. Kraftsport, Ballsport): _____ ☐ Arbeit ☐ Keine	☐ < 30Min ☐ 30–60 Min ☐ > 60 Min	☐ Nie ☐ < 1 x ☐ 2–3 x ☐ > 3 x
Abend / Abendessen ☐ ____ Uhr		☐ Leicht (z.B. Spaziergänge, aktivere Hausarbeit): _____ ☐ Mittel (z.B. langsames Joggen, Yoga): _____ ☐ Anstrengend (z.B. Kraftsport, Ballsport): _____ ☐ Arbeit ☐ Keine	☐ < 30Min ☐ 30–60 Min ☐ > 60 Min	☐ Nie ☐ < 1 x ☐ 2–3 x ☐ > 3 x
Zwischen- mahlzeit ☐ ____ Uhr ☐ keine				

GESPRÄCHSLEITFADEN – ADIPOSITAS 4/6

Gibt es in deiner Familie eine gesundheitliche Vorgeschichte zu Übergewicht oder sonstigen Erkrankungen? (Z. B. Diabetes, Bluthochdruck)

☐ Ja ☐ Nein Details _____

Leidest du an Begleiterscheinungen, -erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Asthma | ☐ Erektile Dysfunktion |
| ☐ Herz-Kreislaufbeschwerden | ☐ Gelenkbeschwerden | ☐ Unfruchtbarkeit |
| ☐ Diabetes | ☐ Reflux | ☐ Nierenerkrankungen |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Fettleber | ☐ Andere _____ |
| ☐ Metabolisches Syndrom | ☐ Krebs | _____ |
| ☐ Schlafapnoe | ☐ Zyklusstörungen | |

Inwieweit beeinträchtigt dein Gewicht deinen Alltag?

Mein Gewicht schränkt mich im Alltag wie folgt ein:

- ☐ erheblich
☐ teilweise
☐ geringfügig

Mein Gewicht schränkt mich im Alltag in den folgenden Bereichen ein:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Treppensteigen | ☐ Atmen | ☐ Seelisches Wohlbefinden |
| ☐ Mobilität | ☐ Arbeit | ☐ Anderes _____ |
| ☐ Müdigkeit | ☐ Familienleben | _____ |
| ☐ Sexualität | ☐ Soziale Kontakte | |

Welche der folgenden Aussagen trifft auf dich zu? Bewerte auf einer Skala von 1 bis 5
(1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = neutral, 4 = ein wenig, 5 = voll und ganz)

Ich fühle mich wohl in meinem Körper

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Mein Gewicht belastet mich emotional

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ich beschäftige mich mit dem Thema Gewicht, da ich mir Sorgen um meine Gesundheit mache

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Es gibt Situationen, in denen ich mich wegen meines Gewichts schäme
(bspw. Im Schwimmbad, beim Shoppen, im Restaurant...)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ich versuche, mein Gewicht zu akzeptieren, auch wenn es mir schwerfällt

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ich beschäftige mich häufig mit dem Thema Gewicht und Aussehen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ich vermeide bestimmte Aktivitäten wegen meines Gewichts

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Mein Gewicht hat Einfluss auf meine Beziehung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5



ÜBER-GEWICHT



Meine Erwartungen an den Besuch bei deinem Arzt oder Ärztin

Neben den gesammelten Informationen zum Krankheitsbild und dem Krankheitsverlauf ist es auch wichtig, deine Erwartungen an den Arztbesuch zu formulieren. So bekommst du vorab ein Bild davon, was dir ganz persönlich wichtig ist und mit welcher Erwartungshaltung du deinem Arzt gegenübertrittst. Halte auch deine Antworten zu den folgenden Fragen für den kommenden Arztbesuch bereit, um eine gute Gesprächsgrundlage für etwaige Diagnosen, Informationsanforderungen und/ oder Therapiewünsche zu schaffen.

Beim Arzt/Ärztin

Welche Sorgen hast du vorab? (z.B. Nebenwirkungen? Stigma? Disziplinfrage?)

- ☐ Stigma
- ☐ Zweifel an der eigenen Disziplin
- ☐ Nebenwirkungen von Medikamenten
- ☐ Zweifel an deiner Ernsthaftigkeit
- ☐ Andere _____

Was wünschst du dir vom Arzt?

- ☐ Erklärung medizinischer Ursachen
- ☐ Konkrete Hilfestellung
- ☐ Verordnung einer der folgenden Therapien
- ☐ Ernährung
- ☐ Sport
- ☐ Verordnung von Medikamenten
- ☐ Operativer Eingriff
- ☐ Andere _____

Welche langfristigen Änderungen möchtest du erreichen? Was würde sich durch eine Gewichtsabnahme für dich ändern?

Welche Therapieform würdest du bevorzugen?

- ☐ Ernährung
- ☐ Bewegung
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Medikamentöse Begleitung
- ☐ Operativer Eingriff

GESPRÄCHSLEITFADEN – ADIPOSITAS 6/6

Was erwartest du konkret von deiner Therapie?

Erwartest du neben der reinen Gewichtsabnahme noch weitere gesundheitliche Verbesserungen?

Wenn ja, welche Gesundheitsfaktoren sind für dich relevant?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Blutdruck | ☐ Leberfunktion | ☐ Stoffwechsel |
| ☐ Diabetes | ☐ Nierenfunktion | ☐ Schlaf |
| ☐ Herzgesundheit | ☐ Gelenkfunktion | ☐ Psychische Gesundheit |
| ☐ Andere _____ | | |

Wie viel kostet mich eine Behandlung? Gibt es preisliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Medikamenten? Übernimmt meine Krankenkasse die Kosten (anteilig)?



Bleib informiert

Nach Ausfüllen dieses Gesprächsleitfadens solltest du nun optimal vorbereitet sein auf das Gespräch mit deinem Arzt/ deiner Ärztin. Zögere nicht, das Gespräch mit einem Arzt/ einer Ärztin zu suchen, wenn du dir unsicher über dein Gewicht bist! Insbesondere bei einem zu hohen BMI besteht ein erhebliches Risiko für ernsthafte Begleiterkrankungen. Nur (fach-)ärztlicher Rat kann im Falle ernsthafter Erkrankungen sowie Folge- und Begleitbeschwerden Abhilfe schaffen.

Hier findest du noch einige hilfreiche Quellen, um dich bestens mit allem Wichtigen auszustatten:

Weitere Informationen findest du auf www.über-gewicht.de. Hier kannst du auch eine / einen Adipositas-Arzt/Ärztin finden.

