

PATIENTENFRAGEBOGEN VOR ADIPOSITASCHIRURGISCHEM EINGRIFF

BARIATRIC NUTRITIONAL ASSESSMENT

Das Formular Bariatric Nutritional Assessment liefert Basisdaten für das diätologische Gutachten.

Bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrem Anamnesege spräch sorgfältig aus.

Wenn Sie etwas nicht ausfüllen können, notieren Sie „X“ – wir werden das dann im Gespräch durchgehen.

Sie können sich sicher sein, dass wir ihre Angaben vertraulich behandeln!

KONTAKT UND PERSÖNLICHE DATEN

Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Datum
Vorname	Nachname	
Straße, Hausnummer, Stiege, Tür		
PLZ, Ort		
E-Mail	Telefon	
Geburtsdatum		
Versicherungsnummer	Krankenkasse	

ANTHROPOMETRISCHE DATEN, GEWICHTSVERLAUF

Körpergröße	Taillenumfang cm
Gewicht	Zielgewicht
Höchstgewicht, Jahr	Niedrigstes Erwachsenengewicht, Jahr
Gewicht konstant? ☐ ja ☐ nein	Gewicht zunehmend? ☐ ja ☐ nein
BMI (kg/m ²)	Adipositas Grad ☐ Grad I (BMI 30,0 – 34,9 kg/m ²) ☐ Grad II (BMI 35,0 – 39,9 kg/m ²) ☐ Grad III (BMI größer 40,0 kg/m ²)

DIÄTERFAHRUNGEN

☐ Diätberatung der ÖGK	☐ Online-Programme, Apps
☐ Diätcamps als Kind/Jugendliche Person	☐ Weight Watchers
☐ Ernährungsberatung bei Diätolog:innen	☐ Metabolic Balance
☐ Formuladiät (Shakes, MyLine, Herbalife, Almased...)	☐ Low Carb / Ketogene Diät
☐ Leberfasten / Hepafast	☐ Low Fat
☐ Intervallfasten	☐ Kalorien zählen
☐ 10:2 (ein Tag essen, ein Tag Nicht essen)	☐ eigenständige Diätversuche

KINDERWUNSCH (BEI FRAUEN)

Besteht ein Kinderwunsch / geplante Schwangerschaft?	Wenn ja, wann planen Sie schwanger zu werden?
☐ Ja	
☐ Nein	
☐ Nicht sicher	

GEWICHTSREDUKTIONSVERSUCHE – BITTE MINDESTENS 3 VERSUCHE ANGEBEN

Jahr	PROGRAMM, METHODE, Kurklinik, Reha Name von Arzt/Diätologe/Berater	GEWICHTSVERLUST in kg GEWICHT gehalten – Jahre	GRUND Abbruch

GESUNDHEITSANAMNESE

Ich nehme folgende Medikamente (Name, Dosis und Häufigkeit der Einnahme)

Ich nehme folgende Nahrungsergänzungsmittel bzw. Vitamin und Mineralstoffsupplemente ein
(Name, Dosis und Häufigkeit der Einnahme)

2

ZAHNSTATUS / FÄHIGKEIT ZU KAUFEN / FÄHIGKEIT ZU SCHLUCKEN

- ☐ Ich habe gesunde Zähne / ein vollständiges Gebiss
- ☐ Einzelne Zähne fehlen, Kauen ist trotzdem problemlos
- ☐ Mehrere Zähne fehlen, Kauen ist eingeschränkt
- ☐ Festsitzender Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Implantate)
- ☐ Herausnehmbarer Zahnersatz (Teilprothese)
- ☐ Vollprothese
- ☐ Aktuelle Zahnprobleme (z. B. Schmerzen, Entzündung, Druckstellen)
- ☐ Aktuelle Zahnregulation (Zahnspange, unsichtbare Schienen)
- ☐ Schmerzen beim Kauen
- ☐ Mundtrockenheit, Probleme mit Speichelfluss
- ☐ Reflux / häufiges Sodbrennen / saures Aufstoßen
- ☐ Probleme beim Schlucken

INTOLERANZEN / ALLERGIE

- ☐ Laktoseintoleranz
- ☐ Histaminintoleranz
- ☐ Kuhmilcheiweißallergie
- ☐ Nuss/Samenallergie
- ☐ Fisch/Schalentierallergie
- ☐ Fruktosemalabsorption
- ☐ Zöliakie / Glutensensitivität
- ☐ Hühnereiweißallergie
- ☐ Sojaallergie
- ☐ Sonstige Allergien (ernährungsrelevant):

GESUNDHEITLICHE PROBLEME

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes Mellitus Typ I | ☐ Hypertonie: hoher Blutdruck |
| ☐ Diabetes Mellitus Typ II | ☐ Herz- Kreislauf-Probleme |
| ☐ Insulinresistenz | ☐ Refluxkrankheit (GERD) / Sodbrennen / Reflux |
| ☐ Fettleber / NASH / NAFL / Metabolische Fettleber | ☐ Hyperurikämie: hohe Harnsäurewerte, Gicht |
| ☐ Leberzirrhose | ☐ Orthopädische Beschwerden: Rücken, Knie, Hüfte |
| ☐ Obstruktive Schlafapnoe | ☐ Essstörung: Binge Eating Disorder, Bulimie |
| ☐ Hyperlipidämie: hohes Cholesterin, Triglyceride | ☐ andere Adipositas-assoziierte Beschwerden: |

Besteht eine Essstörung oder bestand eine Essstörung in der Vergangenheit?

- ☐ nein
☐ ja, aktuell
☐ ja, früher
☐ ja, phasenweise > Anmerkung:

Wenn ja, welche Essstörung liegt vor oder lag vor?

- ☐ Essattacken, Binge Eating Disorder
☐ Bulimie: Bulimia nervosa
☐ Magersucht: Anorexia nervosa
☐ Nächtliche Essanfälle: Night Eating Disorder
☐ Purging-Störung: selbstindiziertes Erbrechen ohne Essanfälle, Einsatz von Abführmitteln oder Diuretika

SOZIALANAMNESE

Berufliche Tätigkeit

Wochenarbeitsstunden

Besonderheiten:

- ☐ überwiegend sitzende Tätigkeit
☐ überwiegend stehende Tätigkeit
☐ schwere körperliche Arbeit
☐ Schichtarbeit

Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

zum Beispiel: Hobbies, kreative Tätigkeiten, soziales Engagement, Betreuungsarbeit in der Familie

Wohnsituation:

- ☐ Ich wohne alleine
☐ Ich wohne mit (Ehe)Partner
☐ Ich wohne mit Partner und Kind/Kindern
☐ Ich wohne mit Kind/Kindern
☐ Ich wohne in einer WG
☐ Ich wohne in einer sozialen Einrichtung
☐ Ich wohne mit meinen Eltern
☐ Andere Wohnsituation

Wohnumgebung / Barrierefreiheit:

- ☐ Haus
☐ Wohnung ebenerdig
☐ Wohnung mit Lift
☐ Wohnung ohne Lift
☐ Städtisches Umfeld (Großstadt)
☐ Städtisches Umfeld (kleine Stadt)
☐ Ländliches Umfeld

soziale Kontakte:

- ☐ Partner / Partnerin
☐ Kind / Kinder
☐ Eltern
☐ Familie, Geschwister, Cousinen / Cousins, Neffen ...
☐ 1-2 enge Freunde
☐ mehrere enge Freunde
☐ Arbeitskolleg:innen
☐ Vereinskolleg:innen
☐ Online-Kontakte
☐ Anderes

Mobilität:

- ☐ Auto
☐ Taxi
☐ Bahn
☐ Öffentliche Verkehrsmittel (Stadt)
☐ Öffentliche Verkehrsmittel (Land)
☐ Fahrrad / Scooter
☐ Rollstuhl
☐ zu Fuß

GENUSSMITTEL

Rauchen Sie oder konsumieren Sie Nikotinprodukte (Zigaretten, E-Zigarette, Vapes, Nikotin-Pouches)?

- ☐ Nein, noch nie
☐ Nein, nicht mehr
☐ Gelegenheitskonsum (weniger als 4x pro Monat)
☐ geringer Konsum, < 3x am Tag
☐ mäßiger Konsum, < 10x am Tag
☐ 10-20x am Tag
☐ > 20x am Tag

Wenn ja, seit wann rauchen Sie?

Wenn nicht mehr: seit wann haben Sie aufgehört?

ERNÄHRUNGSANAMNESE

Welche Mahlzeiten nehmen Sie gewöhnlich zu sich? ☐ Frühstück ☐ Zweites Frühstück ☐ Vormittagsjause / Zwischenmahlzeit ☐ Mittagessen ☐ Nachmittagssnack ☐ Kaffeejause mit Mehlspeise ☐ Abendessen ☐ Nachtmahlzeit ☐ Dessert nach der Hauptmahlzeit	Mahlzeitenfrequenz – wieviele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?
Aufstehzeit:	Wie lange nach dem Aufstehen essen Sie Ihre erste Mahlzeit?
Essenszubereitung: ☐ Ich koche gewöhnlich selbst ☐ Ich bereite mir selbst kalte Mahlzeiten zu ☐ Ich esse häufig Fertigprodukte ☐ Ich bestelle beim Lieferservice ☐ Ich hole Speisen (To Go Restaurants, Würstelstand) ☐ Ich esse unterwegs ☐ Ich gehe häufig in Fast food Lokale ☐ Ich esse im Restaurant / Gasthaus ☐ Ich esse in der Kantine ☐ Ich werde von jemandem bekocht	Ernährungsmuster – was trifft auf Sie zu? ☐ Ich esse sehr schnell ☐ Ich esse im Stehen / Gehen ☐ Ich esse auf der Couch / im Bett ☐ Ich kaue häufig nicht genug ☐ Wenn ich anfangen zu essen, kann ich nicht aufhören ☐ Ich esse aus Stress ☐ Ich esse aus Langeweile ☐ Ich esse oft und ärgere mich hinterher darüber, was und wieviel ich gegessen habe ☐ Ich brauche große Mengen um mich satt zu fühlen ☐ Ich esse heimlich ☐ Ich esse nebenbei beim Lesen / Fernsehen / am PC ☐ Ich esse bis zu einem unangenehmen Völlegefühl ☐ Ich esse mehr als andere Personen in meinem Umfeld ☐ Andere / keines trifft zu
Ist ein Hungergefühl vorhanden? ☐ ja ☐ nein	Ist ein Sättigungsgefühl vorhanden? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie Heißhungerattacken / Essanfälle ☐ ja > wie oft ? ☐ nein	Essen Sie in der Nacht? ☐ ja > wie oft ? ☐ nein
Ernährungsmuster – was trifft auf Sie zu? ☐ Ich esse täglich Obst ☐ Ich esse täglich Gemüse ☐ Ich bevorzuge Vollkornprodukte ☐ Ich esse regelmäßig Milchprodukte wie Käse, Joghurt ☐ Ich esse täglich Fleisch ☐ Ich esse 1-2x pro Woche Fisch ☐ Ich esse Hülsenfrüchte wie Bohnen, Linsen oder Kichererbsen	Ernähren Sie sich nach einer bestimmten Ernährungsform? ☐ Nein / Mischkost ☐ Pescetarisch / vegetarisch mit Fisch ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ kulturell bedingte Einschränkungen ☐ medizinisch bedingte Einschränkungen ☐ ich halte mich an die Fastenzeit, zB Ramadan
Welche Zubereitungsmethoden bevorzugen Sie? ☐ Braten + Grillen ☐ Kochen + Dünsten ☐ Ofengerichte, Airfryer ☐ Frittiertes ☐ Fertiggerichte ☐ kalte Küche, Jause, Salate	Wie häufig pro Woche essen Sie auswärts (Restaurant, Gasthaus, Fastfood, Lieferessen)? ☐ Nie ☐ 1-2x ☐ 3-4x ☐ öfter als 5x

ERNÄHRUNGSANAMNESE – LEBENSMITTELAUSWAHL + HÄUFIGKEITEN

Wie oft essen Sie Obst? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich	Wie oft essen Sie Gemüse? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich
Wie oft essen Sie Milch /Milchprodukte (Joghurt, Topfen)? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich	Wie oft essen Sie Käse? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich
Wie oft essen Sie Fleisch? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich	Wie oft essen Sie Wurst? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich
Wie oft essen Sie Fisch? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich	Wie oft essen Sie Eier? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich
Wie oft essen Sie Vollkornprodukte? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich	Wie oft essen Sie Weißmehlprodukte? ☐ nie, bzw. weniger als 1x pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ 2-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich

5

ERNÄHRUNGSANAMNESE - GETRÄNKE

Wie viel trinken Sie im Durchschnitt am Tag? ☐ weniger als 1 Liter ☐ 1-1,5 Liter ☐ 1,5-2 Liter ☐ 2-2,5 Liter ☐ mehr als 2,5 Liter	Welche Getränke nehmen Sie täglich zu sich?
Trinken Sie Kaffee? ☐ Nein ☐ Ja, 1-2 Tassen ☐ Ja, 3-4 Tassen ☐ Ja, mehr als 5 Tassen	Wie trinken Sie Kaffee / Tee? ☐ pur / schwarz ☐ mit Milch oder Milchalternative ☐ mit Zucker / Sirup ☐ mit Süßstoff / light-Variante ☐ koffeinfrei
Trinken Sie andere koffeinhaltige Getränke? ☐ Nein ☐ Ja, Schwarztee / Grüntee / Matetee ☐ Ja, Eistee ☐ Ja, Colagetränke ☐ Ja, Energydrinks Andere:	Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ weniger als 1x pro Monat ☐ 1-2x pro Monat ☐ 1-2x pro Woche ☐ 3-6x pro Woche ☐ täglich

ERNÄHRUNGSANAMNESE - GENUSSMITTEL

Wie oft essen Sie Süßes?

Süßigkeiten wie Schokolade, Fruchtgummis, Eiscreme, Bonbons, süße Desserts, Mehlspeisen, Kekse, Kuchen.

- ☐ Nie
☐ bis zu 1x pro Woche
☐ 2-3x pro Woche
☐ 4-6 x pro Woche
☐ täglich 1x
☐ mehrmals täglich

Wie oft essen Sie salzige Snacks?

Salzige Snacks sind z.B. Chips, Soletti, gesalzene Nüsse, Grissini, Cracker.

- ☐ Nie
☐ bis zu 1x pro Woche
☐ 2-3x pro Woche
☐ 4-6 x pro Woche
☐ täglich 1x
☐ mehrmals täglich

READINESS TO CHANGE**Weshalb möchten Sie sich einer bariatrischen Operation unterziehen?**

Welche Motivation haben Sie für die Entscheidung zur OP: Erscheinung, Fitness, Sorge um die Gesundheit, Einschränkung im Alltag, Benachteiligung am Arbeitsplatz,...

Weshalb zu diesem Zeitpunkt?

Wie sehr sind Sie zu einer Umstellung Ihres Lebensstils bereit? Bitte geben Sie auf der Skala von 1-5 den zutreffenden Wert ein.

- ☐ 1 – sehr bereit
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 – gar nicht bereit

Wieviel Unterstützung bekommen Sie von Familie/Freunden, zB in der Zeit nach der OP? Bitte geben Sie auf der Skala von 1-5 den zutreffenden Wert ein.

- ☐ 1 – sehr viel Unterstützung
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 – gar keine Unterstützung

Was ist für Sie das Schwierigste bei der Gewichtsabnahme?

Sind Sie bereit lebenslang **Nahrungsergänzungsmittel / Supplemente** einzunehmen?

- ☐ Ja
☐ Nein

Sind Sie bereit, lebenslang die Kosten für Nahrungsergänzungsmittel / Supplemente zu tragen?

- ☐ Ja
☐ Nein

BIO-IMPEDANZ-ANALYSE

Mittels Bio-Impedanz-Analyse (BIA) wird die Körperzusammensetzung gemessen. Sie zeigt Körperfett- und Muskelmasseanteil, erhöht die Aussagekraft des Gutachtens und dient weiters der möglichen Verlaufskontrolle nach der Operation. Sie ist in dem Gutachtentermin inkludiert, es fallen keine Extrakosten an.

Ich stimme zu, dass eine BIA gemacht wird:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht sicher

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

- ☐ Nein, ich habe KEINEN Herzschrittmacher/Defibrillator
☐ Ja, ich habe einen Herzschrittmacher.
☐ Ja, ich habe einen Defibrillator

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL ÜBER 7 TAGE

Tag 1: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 2: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 3: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL ÜBER 7 TAGE

Tag 4: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 5: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 6: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL ÜBER 7 TAGE

Tag 7: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 8: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

Tag 9: Wochentag			
Uhrzeit	Speisen + Mengen + Zubereitung	Getränke	Befinden

BEAUFTRAGUNG + EINWILLIGUNG☐ JA

Ich beauftrage die Diätologin Mag. Ursula Pabst BSc mit der Erstellung eines diätologischen Gutachtens vor meiner bariatrischen Operation. Ziel der Begutachtung ist es, eine fundierte und objektive Empfehlung auszusprechen, die sicherstellt, dass die geplanten Maßnahmen aus diätologischer Sicht gesundheitlich unbedenklich und zielführend sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass es keine Garantie für den Inhalt des Gutachtens geben kann. Das schriftliche Gutachten wird spätestens eine Woche nach dem Beratungstermin per E-Mail zugesandt. In vielen Fällen kann das Gutachten bereits beim Gutachtertermin mitgegeben werden. Der Termin für die diätologische Begutachtung beinhaltet eine Basisaufklärung, stellt aber keine ernährungstherapeutische Beratung und keinerlei Ersatz für ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose, Therapie oder Beratung dar.

☐ JA

Ich akzeptiere die AGB – diese sind ersichtlich auf der Website www.resize.at. Termine im Zusammenhang mit dem diätologischen Gutachten können bis 2 Werktage (bzw. 48h) vor dem Termin kostenlos verschoben werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass unangekündigt nicht wahrgenommene Termine zur Gänze verrechnet werden und die geleistete Zahlung nicht refundierbar ist. Ersatztermine werden aliquot in Rechnung gestellt.

☐ JA

Das Gutachten kostet **240 Euro**. Ich akzeptiere die Zahlungsbedingungen. Der Betrag für die Begutachtung (Anamnesetermin online / telefonisch und Praxistermin inklusive BIA-Messung) und schriftliches Gutachten muss vor dem ersten Termin = Anamnesetermin überwiesen werden, um den vereinbarten Termin zu fixieren. Die Honorarnote wird vorab per E-Mail zugesandt. Bitte kontrollieren Sie auch Ihren Spamordner oder melden Sie sich wenn Sie die Honorarnote nicht erhalten haben.

Konto für die Überweisung: resize PRIME OG, AT70 3848 7000 0611 4151

10

TERMINVEREINBARUNG

☐ ich habe bereits einen Termin für das **ANAMNESETERMIN** (telefonisch oder per Videocall): _____

☐ ich habe noch keinen Termin und möchte einen Termin für das **ANAMNESETERMIN** (30min) vereinbaren.

Geben Sie hier an, wie Sie das Anamnesegespräch abhalten möchten: ☐ telefonisch ☐ Videocall

Notieren Sie hier möglichst viele mögliche Zeitfenster die Ihnen möglich sind, Termine sind von Dienstag bis Freitag möglich:

Den **GUTACHTENTERMIN** möchte ich in dieser Praxis machen:

- ☐ **Praxis 1050 Wien**, Kettenbrückengasse 23/3/8 (U4 Kettenbrückengasse Naschmarkt)
☐ **Praxis 1090 Wien**, Nußdorfer Straße 65/26 (U6 Nußdorfer Straße)
☐ **beide** Praxisstandorte sind okay

BESTÄTIGUNG DES PATIENTEN / DER PATIENTIN

Ort, Datum

Unterschrift