

**Universitätsklinikum
Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH**
In der Schornau 23-25
D-44892 Bochum
Tel.: +49 (0)234 / 299-0
Mail: kontakt@kk-bochum.de
www.kk-bochum.de

Medizinische Klinik
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Ali Canbay
Stv. Direktor: PD Dr. Oliver Götze
Tel.: +49 (0)234 / 299-3401
Fax: +49 (0)234 / 299-3409
E-Mail: medklinik@kk-bochum.de
www.kk-bochum.de

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

im Folgenden möchten wir gerne mehr über Sie erfahren.
Diese Informationen sind für uns wichtig, um Sie besser kennenzulernen
und gut beraten zu können. Wir behandeln Ihre Antworten streng vertraulich.
Sie haben auch die Möglichkeit, keine Angaben zu machen.

Ihr Präventionsteam

1. Biometrische Daten und Gewichtsverlauf

Geschlecht

Männlich

Weiblich

Divers/Transsexuell

Alter in Jahren _____

Größe (cm) _____

Aktuelles Gewicht (kg) _____

Gewicht (ungefähr) vor 6 Monaten (kg) _____

Gewicht (ungefähr) vor 1 Jahr (kg) _____

Gewicht (ungefähr) vor 5 Jahren (kg) _____

Übergewicht besteht seit (Lebensjahr)

Es besteht kein Übergewicht

Was war Ihr höchstes Gewicht (kg) bislang? _____

Gibt es (andere) Familienmitglieder mit Übergewicht/Adipositas?

Mutter

Ja

Nein

Unbekannt

Vater

Ja

Nein

Unbekannt

Kind(er)

Ja

Nein

Unbekannt

Keine Kinder

Geschwister

Ja

Nein

Unbekannt

Keine Geschwister

Großeltern

Ja

Nein

Unbekannt

2. Körperliche Aktivität

Sind Sie beruflich bedingt körperlich aktiv?

- Nein, überwiegend sitzende Tätigkeit
- Ja, zu gleichen Teilen sitzende Tätigkeit und körperliche Aktivität
- Ja, leichte körperliche Anstrengung
- Ja, schwere körperliche Anstrengung

Gehen Sie in Ihrer Freizeit einer körperlichen Aktivität nach
(Wandern, Spaziergänge, Radfahren, (Nordic) Walking, etc.)?

- Nein
- Weniger als 1 Stunde pro Woche
- 1 bis 2 Stunden pro Woche
- Mehr als 2 Stunden pro Woche

Art der Aktivitäten: _____

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

- Fitnessstraining (zu Hause/ im Freien)
- Gymnastik
- Fitness-Studio
- andere Sportart: _____
- pro Woche wie oft: _____
- wie viele Minuten: _____

Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt?

- Ja
- Nein

Waren Sie früher sportlich aktiv?

- Regelmäßig
- Gelegentlich
- Selten
- nie
- bis vor _____ Jahren

Wenn Sie aktuell regelmäßig Sport treiben, fühlen Sie sich nach einer
üblichen Trainingseinheit ... (Mehrfachnennungen möglich)

- erholt
- angestrengt
- erschöpft
- gut
- schlecht
- unverändert gegenüber dem Alltag.

Nutzen Sie einen Schrittzähler (Wearable, Sportuhr, Handy-App, etc.)?

- Ja
- Nein

Wenn Sie regelmäßig einen Schrittzähler benutzen, wie viele Schritte haben Sie im Durchschnitt des letzten Monats pro Tag zurückgelegt?

- Nichtzutreffend
- <2500
- 2500-5000
- 5000-7500
- >7500

Nutzen Sie eine Sportuhr / Schrittzähler, um Ihren Sport / Ihr Training zu überwachen?

- Ja
- Nein

Wenn Sie eine Sportuhr / Schrittzähler nutzen, wie viele Kalorien verbrauchen Sie in einer durchschnittlichen Trainingseinheit?

- < 250
- 250-500
- 500-750
- > 750

3. Ernährungsgewohnheiten

Essen Sie täglich Süßigkeiten?

- Ja
- Nein

Essen Sie nachts, bzw. stehen Sie nachts auf, um zu essen?

- Ja
- Nein

Haben Sie manchmal Essanfälle/ so genannte "Fressattacken"?

- Ja
- Nein

Beachten Sie beim Einkauf den Zuckergehalt von Nahrungsmittel?

- Ja
- Nein

Beachten Sie beim Einkauf den Kaloriengehalt von Nahrungsmittel?

- Ja
- Nein

Wie häufig essen und trinken Sie folgende Lebensmittel?

Lebensmittel	täglich	fast täglich	3-4x pro Woche	1-3x pro Woche	selten/nie
Vollkornbrot / Vollkornbrötchen					
Müsli / Getreideflocken / Frühstücksflocken					
Frühstückscerealien (Corn flakes, o.a.)					
Mischbrot / Weißbrot / Brötchen					
Reis / Nudeln					
Vollkornreis / Vollkornnudeln					
Pellkartoffeln / Salzkartoffeln					
Gemüse, frisch oder tiefgekühlt					
Gemüsekonserven (Dose oder Glas)					
Rohkostsalate (Möhren, Kohlrabi, rote Beete, etc.)					
Grüne Salate (Blattsalate, Feldsalat, Ruccola etc.)					
Salate mit Mayonnaise- / Sahnesauce					
Hülsenfrüchte (getr. Bohnen, Erbsen, Linsen u.a.)					
Nüsse, Sesam, Leinsaat					
Obst, frisch					
Obstkonserven					
Trockenobst					
Milch					
Joghurt / Kefir / Buttermilch / Quark					
Sahne / Creme fraîche / Creme double					
Käse (alle Sorten)					
Milchfreie Pflanzendrinks					
Fleisch / Geflügel					
Wurst / Schinken					
Fisch, frisch oder tiefgekühlt					
Fischkonserven					
Krabben / Muscheln / andere Meeresfrüchte					
Eier (auch in Speisen)					
Kuchen / Torten / süßes Gebäck /Knabbergebäck					
Schokolade / Süßigkeiten					
Eis / Pudding / Sahnecremes					
Marmelade / Honig / Nusscremes					

Konsumieren Sie regelmäßig zuckerhaltige Getränke/Limonaden?

- Nein
- Ja, 1-2 mal pro Woche
- Ja, 3-6 mal pro Woche
- Ja, täglich

Wenn Sie täglich zuckerhaltige Getränke/Limonaden konsumieren, wieviel trinken Sie dann?

- Nicht zutreffend
- Weniger als 1 Liter pro Tag
- Über 1 Liter bis 3 Liter pro Tag
- Über 3 Liter pro Tag

Konsumieren Sie regelmäßig Fast Food (Burger, Pommes, Pizza, Döner, etc.) ?

- Nein
- Ja, 1-2 mal pro Woche
- Ja, 3-6 mal pro Woche
- Ja, täglich

Konsumieren Sie regelmäßig Fertiggerichte (Tiefkühlpizza, Suppen, Mikrowellengerichte, etc.)?

- Nein
- Ja, 1-2 mal pro Woche
- Ja, 3-6 mal pro Woche
- Ja, täglich

Anzahl der Hauptmahlzeiten pro Tag (Frühstück, Mittag-, Abendessen, warme Mahlzeiten)?

- 0-1
- 2-3
- Mehr als 3

Anzahl der Nebenmahlzeiten (Snacks) pro Tag?

- 0-1
- 2-3 Mehr
- als 3

Welche Aussage zur Nahrungszubereitung trifft auf Sie am Ehesten zu?

- Ich bereite sämtliche Mahlzeiten zu
- Ich bereite die Mehrzahl der Mahlzeiten zu
- Ich bereite selten eine Mahlzeit selber zu
- Ich bereite meine Mahlzeiten gar nicht selber zu

Nehmen Sie regelmäßig Lieferdienste in Anspruch (Pizzataxi, Lieferando, etc.)?

- Nein
- Ja, 1-2 mal pro Woche
- Ja, 3-6 mal pro Woche
- Ja, täglich

Welche Aussagen zur Lebensmittelbeschaffung treffen auf Sie zu?

- Ich beziehe meine Nahrung aus eigenem Anbau (Garten, Feld, etc.)
- Ich kaufe regelmäßig frisch auf dem Wochenmarkt ein
- Ich kaufe regelmäßig bei spezialisierten Händlern (Gemüse-/ lokaler Metzger, etc.) ein
- Ich kaufe Lebensmittel regelmäßig im Biomarkt oder Reformhaus ein
- Ich kaufe Lebensmittel überwiegend im Supermarkt
- Ich kaufe Lebensmittel überwiegend beim Discounter

Trinken Sie regelmäßig Kaffee?

- Gar nicht
- Seltener als täglich
- Täglich 1-2 Tassen
- Täglich 3-5 Tassen
- Mehr als 5 Tassen täglich

Trinken Sie regelmäßig Tee?

- Gar nicht
- Seltener als täglich
- Täglich 1-2 Tassen
- Täglich 3-5 Tassen
- Mehr als 5 Tassen täglich

Rauchen Sie?

- Nichtraucher
- Ex-Raucher
- Weniger als 1 Schachtel pro Tag
- Mehr als 1 Schachtel pro Tag

4. Alkoholanamnese (AUDIT)

Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- Nie
- 1x im Monat
- 1x in der Woche
- Mehr als 1 x in der Woche
- Täglich

Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z.B. ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

- 1 oder 2
- 3 oder 4
- 5 oder 6
- 7-9
- 10 oder mehr

5. Diäterfahrung

Ernähren Sie sich vegetarisch?

- Ja
- Nein

Ernähren Sie sich vegan?

- Ja
- Nein

Haben Sie Erfahrung mit nicht-ärztlich begleiteten Diäten?

- Nein
- Intervallfasten
- Low-Carb (z.B. Atkins, LOGI, etc.)
- Basenfasten
- GLYX-Diät
- Paleo-Diät
- Sonstige _____

Haben Sie Erfahrung mit ärztlich/durch Fachleute begleiteten Diäten?

- Nein
- Optifast
- Weight Watchers
- Ketogene Diät
- Heilfasten
- Stationäre Reha
- Bodymed Konzept
- Andere multimodale Konzepte

Geben Sie die letzten 3 Diätversuche an

Bisher keine Diätversuche

Versuch 1

Diätart _____
Dauer _____
Gewichtsverlust (kg) _____

Versuch 2

Diätart _____
Dauer _____
Gewichtsverlust (kg) _____

Versuch 3

Diätart _____
Dauer _____
Gewichtsverlust (kg) _____

6. Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Haben Sie eine ärztlich diagnostizierte Nahrungsmittelunverträglichkeit /-allergie?

- Ja
- Nein

Besteht eine ärztlich diagnostizierte (Atemtest) Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit)

- Ja
- Nein

Haben Sie persönlich das Gefühl, auf Milchprodukte mit Beschwerden zu reagieren, ohne dass eine Unverträglichkeit/Allergie nachgewiesen werden konnte?

- Ja
- Nein

Besteht eine ärztlich diagnostizierte Fruktosemalabsorption (Fruchtzuckerunverträglichkeit)?

- Ja
- Nein

Haben Sie persönlich das Gefühl, auf Obst (auch Obstsäfte, fruktosehaltige Getränke/Nahrungsmittel) mit Beschwerden zu reagieren, ohne dass eine Unverträglichkeit/Allergie nachgewiesen werden konnte?

- Ja
- Nein

Besteht eine ärztlich diagnostizierte (Magenspiegelung mit Probengewinnung, Antikörper) Glutenunverträglichkeit?

- Ja
- Nein

g. Haben Sie persönlich das Gefühl, auf Getreide-/Weizenprodukte mit Beschwerden zu reagieren, ohne dass eine Unverträglichkeit/Allergie nachgewiesen werden konnte?

- Ja
- Nein

h. Liegt eine andere Form der Nahrungsmittelunverträglichkeit vor?

- Ja
- Nein

i. Wenn ja, welche Unverträglichkeit liegt bei Ihnen vor?

j. Welcher Art sind Ihre Beschwerden, wenn welche vorliegen?

- Durchfall
- Verstopfung
- Verstopfung und Durchfall im Wechsel
- Bauchschmerzen
- Blähungen
- Sonstige

7. Screening auf Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Im Sitzen lesend

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Beim Fernsehen

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wenn Sie passiv (z.B. als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder Vortrag)

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Als Beifahrer im Auto bei einer > einstündigen Fahrt

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um sich auszuruhen

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wenn Sie sitzen und sich unterhalten

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wenn Sie nach dem Mittagessen ruhig dasitzen

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten anhalten müssen

- Niemals
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Vielen Dank !
Ihr Präventionsteam