

Adipositas-Therapie Helios Attendorn Anamnesebogen

Geplantes Datum der Erstvorstellung:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.:

Telefon:

e-mail:

Größe in cm:

Gewicht in kg:

BMI in kg/m²:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Waren Sie schon in anderen Adipositaszentren vorstellig?: Ja Nein

wo?:

Wurde schon ein Antrag auf bariatrische Operation gestellt?: Ja Nein wann?:Haben Sie bereits die Kostenzusage der KK: Ja Nein

5i g[YXfi W_h'i bNf'Y[h XUg'8c_ j a Ybhb]W'h'X'Ya 's bXYfi b [gX]Ybgh

Dokument	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Version	Wiedervorlage	Seite
Adipositas-Therapie Helios Attendorn Anamnesebogen	Dr. S. Bollmann, CA M. Waschek, QMB	Dr. S. Bollmann, CA	Dr. S. Bollmann, CA	001/03.2024	21.03.2026	1 von 4

Ihre Essgewohnheiten:

- Sweat eater: Ja Nein
- Binge eater: Ja Nein
- Grasen Ja Nein
- Gesüßte Getränke: Ja Nein

Haben Sie bereits eine Ernährungsberatung erhalten?: Ja Nein

Wo und wann?:

Haben Sie ein Ernährungstagebuch geführt?: Ja Nein

Wie lange?:

Welche Diäten haben sie gemacht?:

Wurden Diäten ärztlich begleitet?: Ja Nein

Bestand ein Jojo-Effekt?: Ja Nein

Waren Sie zu Kuren?: Ja Nein

ggf. wo?:

Bestehen Abhängigkeiten?: Ja Nein

wovon?:

Sind Sie unter Therapie?: Ja Nein

Stehen Sie unter psychologischer/psychiatrischer Behandlung?: Ja Nein
ggf. wo?:

Haben Sie schon ein psychologisches Gutachten erhalten: Ja Nein ggf.
wo?:

Sind Sie sportlich aktiv?: Ja Nein

Welchen Sport betreiben Sie? :

5i g[YXfi W_hi bHf]Y[hXUg.8c_] | a Ybhb]WWhXYa `sbXYfi b[gX]Ybgh

Dokument	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Version	Wiedervorlage	Seite
Adipositas-Therapie Helios Attendorn Anamnesebogen	Dr. S. Bollmann, CA M. Waschek, QMB	Dr. S. Bollmann, CA	Dr. S. Bollmann, CA	001/03.2024	21.03.2026	3 von 4

Zeit/Woche:

Haben Sie bereits Befunde / Atteste vom

- Hausarzt: Ja Nein Name:
- Orthopäden: Ja Nein Name:
- Diabetologen: Ja Nein Name:
- Lungenfacharzt: Ja Nein Name:
- Kardiologen: Ja Nein Name:
- Frauenarzt: Ja Nein Name:
- Psychologen: Ja Nein Name:
- Kinderarzt: Ja Nein Name:

erhalten, die ausdrücklich die Gewichtsreduktion bei Ihnen empfehlen?

Ihre Erwartung an die Adipositas therapie bzw. Ihre Motivation zur Gewichtsreduktion:

Sonstiges:

Unterschrift

5 i g [YXfi W h i b h r] Y [h X U g . 8 c _ j a Y b h b j W h X Y a ' s b X Y f i b [g X] Y b g h

Dokument	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Version	Wiedervorlage	Seite
Adipositas-Therapie Helios Attendorn Anamnesebogen	Dr. S. Bollmann, CA M. Waschek, QMB	Dr. S. Bollmann, CA	Dr. S. Bollmann, CA	001/03.2024	21.03.2026	4 von 4