



# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

## Erhebungsbogen für die jährliche Nachsorge nach Ihrer OP



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach Ihrer Adipositas-Operation steht nun der jährliche Termin für Ihre Nachsorge aus.

Um den Erfolg Ihrer Operation beurteilen und den weiteren Verlauf Ihrer Behandlung planen zu können, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Nachsorgetermin mitzubringen.

Bitte beachten Sie, dass Sie hier für die Zeit nach Ihrer Operation befragt werden.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.



## Allgemeine Fragen

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Bitte geben Sie folgende Angaben für den Zeitraum **seit Ihrer Operation** an.

Haben regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht?  Nein  Ja

---

Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten?  Nein  Ja

---

Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen?  Nein  Ja

---

Haben Sie regelmäßig Sport betrieben?  Nein  Ja

---

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt (immobil)

---

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate ein?  Nein  Ja

Wenn "Ja", welche:

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Nein  Ja

---

Sind sie derzeit erwerbstätig?  nicht erwerbstätig  Hausfrau/Hausmann  
 Vollzeit (> 35 h/Woche)  arbeitsunfähig  
 Teilzeit (15 - 35 h/Woche)  berentet  
 Teilzeit (< 15 h/Woche)  anderer

---



## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Ich habe die folgenden Fragen mit meinem Hausarzt besprochen  Nein  Ja

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Diabetes Typ 2  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Bluthochdruck  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Fettstoffwechselstörung  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Harnsäureerhöhung / Gicht  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS)  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Gelenkerkrankungen/schmerzen  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Welche:

Leiden Sie unter Depressionen?  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Leiden Sie unter Harninkontinenz?  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

Leiden Sie unter Sodbrennen  Nein  Ja, wie vor der OP  Ja, besser als vor der OP  Ja, schlechter als vor der OP  Ja, neu aufgetreten

## Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends



## Operationen

Falls Sie **seit Ihrer Adipositas-Operationen** wegen anderer Gründe operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an. Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Operationen am Magen  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Welche Operation: \_\_\_\_\_

Operationen am Darm  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Welche Operation: \_\_\_\_\_

Operationen an der Bauchwand  
(Brüche, plastische Operationen)  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Welche Operation: \_\_\_\_\_

andere Operationen am Bauch  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Welche Operation: \_\_\_\_\_

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken  
(bei Frauen)  Nein  offen  Schlüssellochtechnik

Welche Operation: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen:



### Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Husteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) 0 \_\_\_\_\_

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher vollkommen	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher vollkommen	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher vollkommen	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
		<input type="checkbox"/>			
		nicht berufstätig			
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5



Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).  
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle ( d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <b>Gewicht</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Oberer GI-Trakt**

- Dysphagie für feste Speisen  Nein  Ja
- Dysphagie für flüssige Speisen  Nein  Ja
- Übelkeit postprandial  Nein  Ja
- Übelkeit unabhängig von Nahrungsaufnahme  Nein  Ja
- Erbrechen postprandial  Nein  Ja
- Erbrechen unabhängig von Nahrungsaufnahme  Nein  Ja
- abdominelle Schmerzen postprandial
  - Retrosternal  Nein  Ja
  - Oberbauch  Nein  Ja
  - Unterbauch  Nein  Ja
- abdominelle Schmerzen unabhängig von Nahrungsaufnahme
  - Retrosternal  Nein  Ja
  - Oberbauch  Nein  Ja
  - Unterbauch  Nein  Ja

**Unterer GI-Trakt**

- Flatulenz  Nein  Ja
- Obstipation  Nein  Ja
- Durchfall  Nein  Ja
- Übelriechender Stuhl  Nein  Ja

**Dermatologisch**

- Glossitis  Nein  Ja
- Dermatitis  Nein  Ja
- Nageldystrophie  Nein  Ja

**Neurologisch**

- Ataxie  Nein  Ja
- Muskelschmerzen  Nein  Ja
- Parästhesien  Nein  Ja

**Andere**

- Haarausfall  Nein  Ja
- Müdigkeit  Nein  Ja
- Nachtblindheit  Nein  Ja
- Dumping/vegetative Symptome  Nein  Ja

**Körperlicher Untersuchungsbefund zum Zeitpunkt der Vorstellung**

- Abdominelle Schmerzen  Nein  Ja
- Narben  reizlos  Infekt  Hernie
- Neu aufgetretene Cholecystolithiasis  Nein  Ja  unbekannt
- Extremitäten auffällig: Störende Hautlappen  Nein  Ja
- Extremitäten auffällig: Ödeme  Nein  Ja
- Abdominelle Hautlappen
  - Nein
  - reizlos
  - funktionseinschränkend
  - Hautirritation

---

### Neu aufgetretene Komplikationen

Innere Hernie

- Keine
- laparoskopische OP
- offene OP
- Konversion
- Unbekannt

---

Gastro-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

---

Duodeno-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

---

Jejuno-Jejunostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

---

Jejuno-Ileostomie

Anastomosenstenose

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

## Schlauchmagen

## Schlauchmagen Stenose/Striktur

- Nein
- Ja, ohne Therapie
- Ja, Anastomosenneuanlage
- Ja, Bougierung endoskop.
- Ja, Stent endoskopisch

## Anastomosenulkus

- Nein
- Ja, ohne Re-OP
- Ja, mit Re-OP

---

Portinfekt

- Nein       Ja

Band-Slippage

- Nein       Ja

Bandmigration

- Nein       Ja

Andere Komplikationen