



Chefarzt: Prof. Dr. med. Thomas Hüttl
Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe

Co-Chefarzt: Dr. med. Otto Dietl
Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe

Ltd. Oberarzt: Dr. med. Peter Stauch
Chirurg, Viszeralchirurg

Hildegard Wood
Ernährungsambulanz

AdipositasZentrum München-Bogenhausen, Richard-Strauss-Str. 101, 81679 München

Tel: 089 / 92794 - 1602

Fax: 089 / 92794 - 1399

E-Mail: sprechstunde@chkmb.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie befinden sich aufgrund Ihres Übergewichtes in unserer Behandlung. Zur optimalen Nachsorge und Verlaufskontrolle benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und beantworten die weiteren Fragen in Stichworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, so heften Sie einfach ein Blatt an.

Wir bitten Sie den unterschriebenen Fragebogen und eventuelle weitere Unterlagen mit in die Sprechstunde zu bringen.

Bitte notieren Sie oben rechts auf jeder Seite nochmals Ihren Namen.

Ihr Team des Adipositas Zentrum-München

Name:

Ab hier bitte ausfüllen

Körpergröße:cm	
Gewicht vor der Operation:kg	BMI: kg/m ²
Aktuelles Gewicht:kg	BMI:..... kg/ m ²
Niedrigstes Gewicht nach der Operation.....kg	BMI:..... kg/ m ²

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Datum:

Telefon-Nr. (privat):

Hausarzt:

(Name + Fachgebiet)

kein Hausarzt

Facharzt: (z.B. Internist, oder Endokrinologe)

.....

(Name + Fachgebiet)

kein Facharzt

Name:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Allgemeinbefinden

1. Wie stufen Sie Ihr derzeitiges Befinden ein

0	1	2	3	4	(Auswertung)
Sehr gut	Gut	Normal	Schlecht	Sehr schlecht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden

	0	1	2	3	4	(Auswertung)
	Nein	Seltener als 1x/Monat	Seltener als 1x/Woche	Mehrmals pro Woche	ständig	
Haben Sie Sodbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie aufstoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bleibt Ihnen beim Schlucken Speise in der Speiseröhre hängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Schluckbeschwerden bei fester Kost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Schluckbeschwerden bei flüssiger Kost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Steigt Ihnen Mageninhalt (z.B. Magensäure) bis in den Mund oder Hals hoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wachen Sie nachts wegen Sodbrennen oder Hochsteigen von Mageninhalt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein Völlegefühl nach dem Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spüren Sie Druckschmerzen im Oberbauch oder hinter dem Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Blähungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die medizinische Behandlung

3. Welchem adipositas-chirurgischem Eingriff haben Sie sich zuletzt unterzogen

- Magenballon
 Magenband
 Schlauchmagen
 Bypass

Wann und wo wurde diese Operation durchgeführt

- wann
 wo

4. Hatten/Haben Sie seit der Operation Beschwerden

- nein
 ja, folgende

Seit wann haben Sie diese?

5. Würden sie diesen Eingriff wieder durchführen lassen

- nein
 ja.....

6. Würden Sie diesen Eingriff im Nachhinein früher durchführen lassen

- nein
 ja

7. Wie würden Sie Ihr Allgemeinempfinden seit der Operation einstufen

0	1	2	3	(Auswertung)
Sehr viel besser	besser	gleichbleibend	Schlechter	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Rauchen Sie?

0	1	2	3	(Auswertung)
nie geraucht	ja, bis 10 Zigaretten/Tag	ja, mehr als 10 Zigaretten/Tag	Nichtraucher	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit:	

9. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich

		(Auswertung)
Nie/Selten	<input type="checkbox"/>	0
Weniger als 1/2 Flasche Bier oder 1/8 l Wein am Tag	<input type="checkbox"/>	1
1 Flasche Bier oder 1/4 l Wein am Tag	<input type="checkbox"/>	2
Mehr als 1 Flasche Bier oder 1/4 l Wein am Tag	Bitte Angabe der Menge:	3

Name:

10. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein

- nein ja (weitere Angaben bitte unten)

Regelmäßig genommene Medikamente

Handelsname, Dosierung und Einnahmefrequenz

.....
.....

Nur bei Bedarf genommene Medikamente:

Handelsname, Dosierung und Einnahmefrequenz

.....
.....

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Übergewicht

11. Haben sich die Begleiterkrankungen des Übergewichts verbessert

- hoher Blutdruck
 verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 geänderte Medikation:

.....

- koronare Herzkrankheit
 verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 geänderte Medikation:

.....

- Diabetes mellitus
 verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 hat sich normalisiert/besteht nicht mehr
 brauche jetzt keine Medikamente/Insulin mehr
 konnte die Dosierung verringern
 medikamentös behandelt
 mit Insulin behandelt

Name:

Schlafapnoe-Syndrom

- starkes Schnarchen
 verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 Atemaussetzer
 verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 CPAP-Maske nachts zum Schlafen
 benutze ich nach wie vor brauche ich nicht mehr

Orthopädische Probleme/Gelenkprobleme

- verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
-

Fettstoffwechsel

- verbessert nicht verbessert verschlechtert bestand nie
 geänderte Medikation
-

12. Waren Sie seit der Operation bei einer Ernährungsberatung zur Nachsorge

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo?	Wie oft?	Wann zuletzt?
Diätassistent/in <input type="checkbox"/>
Ökothrophologe/in <input type="checkbox"/>
Krankenkasse <input type="checkbox"/>
Ernährungsmediziner/in <input type="checkbox"/>

13. Haben Sie seit dem Eingriff an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen

- ja wie oft? nein

**14. Hatten Sie seit dem Eingriff Gespräche mit einem Psychotherapeuten/
Psychiater**

- ja wie oft?
 nein brauche ich nicht würde ich mir wünschen

Name:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle Lebenssituation

15. Treiben Sie Sport / bewegen Sie sich viel

0	1	2	3	4	(Auswertung)
Jeden Tag	Mehrmals pro Woche	1x pro Woche	Selten und unregelmäßig	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Welche Sportart betreiben Sie

- Schwimmen
- Walking, Spaziergehen
- Joggen
- Fitness, Kraftsport
- Ballsport (Handball, Tennis, Fußball...)
- Sonstige:

Nein ich betreibe keinen Sport

Der Grund hierfür ist:

.....
 Welchen Sport haben Sie früher betrieben?

.....
 Wann zuletzt?

.....
 Warum haben Sie aufgehört?

Welche Sportart möchten Sie demnächst betreiben

- Schwimmen
- Nordic-Walking
- Joggen
- Fitness, Kraftsport
- Ballsport (Fußball, Handball, Tennis, ...)
- Sonstige:

16. Familienstand

0	1	2	3	(Auswertung)
feste Partnerschaft	ich lebe in Trennung / bin geschieden	alleinstehend	verwitwet	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name:

17. Unternehmen Sie oft etwas mit Freunden/ gehen Sie gerne aus

0	1	2	3	(Auswertung)
oft	regelmäßig	selten	nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Welchen Beruf üben Sie aus

ich arbeite als

erlernter Beruf:

ich bin Hausfrau / Hausmann

ich bin nicht berufstätig seit:

ich war nie berufstätig

ich bin berentet

ich habe vor der Operation nicht mehr arbeiten können, kann jetzt wieder arbeiten

19. Was essen Sie hiervon am häufigsten

0	1	2	3	(Auswertung)
Schnitzel mit Pommes	Leberkäse-semmel	Gemüse mit Reis und Huhn	Diverse Salate mit Brot	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20. Was trinken Sie hiervon am häufigsten

0	1	2	3	(Auswertung)
Cola, Limonade, Eistee	Saft	Saftschorlen	Wasser	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21. Wie viel Liter Fruchtsaft, Cola/Limonade/Spezi (mit Zucker) trinken Sie

Liter am Tag Liter in der Woche

22. Veränderungen im Essverhalten

ja, ich esse jetzt anders

nein, ich esse wie vor der Operation

Süßigkeiten schmecken mir noch immer

esse ich gar nicht mehr, oder ganz selten

fette Speisen vertrage ich nicht mehr gut

vertrage ich nach wie vor

Fleisch esse ich nur noch selten

Portionen sind zwar kleiner, esse ich täglich

verändert hat sich

Name:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das Behandlungsverfahren

23. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Eingriff

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

24. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit unserem Adipositasteam

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25. Wenn sie Beschwerden, Probleme oder Fragen haben, die in diesem Fragebogen nicht oder nicht ausführlich genug angesprochen sind, dann schreiben Sie diese hier auf.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Name:

Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex (GLQI nach Eypasch, 1993)

bitte die Ziffern in die Kästchen eintragen!

- | | |
|---|---|
| <p>1. Wie häufig in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>2. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Sie Völlegefühl im Oberbauch gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>3. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich belästigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>4. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Windabgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>5. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Rülpsen oder Aufstoßen belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>6. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie auffallende Magen- oder Darmgeräusche?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>7. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch häufigen Stuhlgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>8. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Spaß und Freude am Essen?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0)</p> <p>9. Wie oft haben Sie bedingt durch Ihre Erkrankung auf Speisen, die Sie gerne essen, verzichten müssen?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>10. Wie sind Sie während der letzten 2 Wochen mit dem alltäglichen Streß fertig geworden?
sehr schlecht, schlecht, mäßig, gut, sehr gut
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>11. Wie oft in den letzten 2 Wochen waren Sie traurig darüber, daß Sie krank sind?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>12. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie nervös oder ängstlich wegen Ihrer Erkrankung?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>13. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie mit Ihrem Leben allgemein zufrieden?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0)</p> <p>14. Wie häufig waren Sie in den letzten 2 Wochen frustriert über Ihre Erkrankung?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>15. Wie häufig in den letzten 2 Wochen haben Sie sich müde oder abgespannt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>16. Wie häufig haben Sie sich in den letzten 2 Wochen unwohl gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>17. Wie oft während der letzten Woche (1 Woche!) sind Sie nachts aufgewacht?
jede Nacht, 5 bis 6 Nächte, 3 bis 4 Nächte, 1 bis 2 Nächte, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>18. In welchem Maß hat Ihre Erkrankung zu störenden Veränderungen Ihres Aussehens geführt?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> | <p>19. Wie sehr hat sich, bedingt durch die Erkrankung, Ihr allgemeiner Kräftezustand verschlechtert?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>20. Wie sehr haben Sie, bedingt durch Ihre Erkrankung, Ihre Ausdauer verloren?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>21. Wie sehr haben Sie durch Ihre Erkrankung Ihre Fitness verloren?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>22. Haben Sie Ihre normalen Alltagsaktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Haushalt) während der letzten 2 Wochen fortführen können?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0)</p> <p>23. Haben Sie während der letzten 2 Wochen Ihre normalen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby usw.) fortführen können?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0)</p> <p>24. Haben Sie sich während der letzten 2 Wochen durch die medizinische Behandlung sehr beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>25. In welchem Ausmaß hat sich das Verhältnis zu Ihnen nahestehenden Personen durch Ihre Erkrankung verändert?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>26. In welchem Ausmaß ist Ihr Sexualleben durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>27. Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>28. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Ihre langsame Eßgeschwindigkeit beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>29. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Beschwerden beim Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>30. Wie oft in den letzten 2 Wochen wurden Sie durch dringenden Stuhlgang belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>31. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Durchfall Sie belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>32. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Verstopfung Sie belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>33. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>34. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Blut im Stuhlgang Sie beunruhigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>35. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> <p>36. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch ungewollten Stuhlabgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4)</p> |
|---|---|

Name:

Moorehead-Ardelt-Lebensqualitätsfragen

(mod. nach Obes Surg13, 2003)

bitte die Kästchen ankreuzen

1. Ich fühle mich zumeist





sehr schlecht

sehr gut

2. Ich kann körperlich





sehr wenig unternehmen

sehr viel unternehmen

3. Meine Sozialkontakte sind





sehr unbefriedigend

sehr befriedigend

4. Meine Arbeit macht mir





sehr wenig Spaß

sehr viel Spaß

5. Meine Freude am Sex ist





sehr gering

sehr hoch

6. Meine Einstellung zum Essen ist

















ich lebe um zu essen

ich esse um zu leben

Name:

Diese Seite wird von ihrem Arzt ausgefüllt

1. BAROS

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT
<p>1. Ich fühle mich zumeist</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>2. Ich kann körperlich</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>3. Meine Sozialkontakte sind</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>4. Meine Arbeit macht mir</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>5. Meine Freude am Sex ist</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>6. Meine Einstellung zum Essen ist</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">-0,5/-0,4/-0,3/-0,2/-0,1/0,1/0,2/0,3/0,4/0,5</p>
<p>Zwischensumme</p>

2. Kommentar/Procedere

.....

.....

.....

Name:

Qualitätssicherung Adipositas therapie

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur stetigen Verbesserung der Versorgung unserer Patienten nimmt die Chirurgische Klinik München-Bogenhausen an klinikinternen wie externen qualitätssichernden Projekten und wissenschaftlichen Untersuchungen teil. Dies ist ein Teil der von den Krankenkassen auferlegten Forderungen für adipositaschirurgische Spezialkliniken. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir an der deutschen Qualitätssicherungsstudie wie von den Fachgesellschaften, den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gefordert teilnehmen.

Ihr Team des Adipositas-Zentrum München

Von o.g. Inhalt habe ich Kenntnis genommen und bin einverstanden, dass meine erhobenen Daten im Falle einer Operation in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung sowie zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)