

## Ernährungsmedizinische Sprechstunde

### Fragebogen

Für die Anmeldung in unserer Adipositas-Sprechstunde bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. So erhalten wir wertvolle Informationen über Sie und können Sie bereits ab der ersten Konsultation individuell und zielgerichtet beraten und behandeln. Zusätzlich gewinnen wir Zeit für das persönliche Gespräch in unserer Sprechstunde.

Nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens, **der Voraussetzung ist, um einen Termin in unserer Sprechstunde zu erhalten**, werden wir Sie baldmöglichst für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:**

**TUM Campus im Olympiapark  
Ambulanz für Präventive Stoffwechsel- und Ernährungsmedizin  
Institut für Klinische Ernährungsmedizin  
Am Olympiapark 11  
D-80809 München**

**Aus Datenschutzgründen bitte kein Versand per E-Mail!**

### Persönliche Angaben

Name  Vorname

Geburtsdatum  Geschlecht

Nationalität

Straße  PLZ/Ort

Telefon privat/tagsüber erreichbar

Telefon mobil  E-Mail

Krankenkasse

gesetzlich

privat

Selbstzahler/in

Hausärztin/Hausarzt \_\_\_\_\_

Zuweisende Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

Andere Ärztinnen/Ärzte \_\_\_\_\_

### **Berufliche Situation**

aktuell berufstätig: Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche,

Beruf \_\_\_\_\_ Schichtarbeit/Nachtarbeit? \_\_\_\_\_

aktuell krankgeschrieben

erwerbsunfähig/dienstunfähig zu \_\_\_\_\_%

Schwerbehinderung zu \_\_\_\_\_%

arbeitssuchend

in Rente/Pension

Studium

### **Familiäre Situation**

Ich lebe mit einer (Ehe-)Partnerin /einem (Ehe-) Partner zusammen

Ich lebe allein

Ich habe Kinder: Anzahl \_\_\_\_\_, Alter der Kinder \_\_\_\_\_

Ich lebe im Haushalt meiner Eltern \_\_\_\_\_

Das Kind/die Kinder leben in meinem Haushalt \_\_\_\_\_

### **Meine Fragen/Das möchte ich besprechen:**

Notieren Sie hier bitte Ihre Fragen und Themen, die Sie in der Sprechstunde besprechen möchten.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Gewicht

Körpergröße in cm \_\_\_\_\_ Gewicht (aktuell) in kg \_\_\_\_\_ (BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>)\*  
\*wird von uns berechnet

Hatten Sie schon mal Gewichtsprobleme?  ja  nein

Wenn ja, welche?

(Übergewicht, Untergewicht, Rauchstopp, Schwangerschaft, Wechseljahre, Berufsbeginn, Stellenwechsel, Unfall, Schmerzen etc.)

---

---

---

---

## Persönliche Ziele und Wünsche

Wer hatte die Idee, dass Sie zu uns in die Sprechstunde zu kommen?

---

Was wünschen Sie sich und was soll für Sie durch die Sprechstunde erreicht werden?

---

---

---

## Bewegungsverhalten

Ich bewege mich

täglich  mehrmals pro Woche  kaum

ich kann mich nicht bewegen, weil

---

Alltagsaktivitäten

(welche Aktivität und ungefähre Dauer/Tag: Arbeitsweg zu Fuss oder mit dem Fahrrad? Hundespaziergänge, Gartenarbeit etc.)

---

---

### Sportliche Aktivitäten

(welche Sportart und ungefähre Dauer/Tag: Wandern, Biken, Walken, Joggen, Schwimmen, Fitness, Pilates, Krafttraining etc.)

---

---

### Fragen zu Ihren Ess- und Trinkgewohnheiten (an einem typischen Tag)

**Erste Mahlzeit nach dem Aufstehen (Frühstück):** \_\_\_\_\_ Uhrzeit

jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (z.B. zuhause: 2 Tassen Kaffee mit Kaffeesahne, 2 Brötchen, ca. 20 g Butter, 1 Esslöffel Konfitüre etc.)

---

---

**Im Laufe des Vormittags:** \_\_\_\_\_ Uhrzeit

jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause oder bei der Arbeit: z.B. 2 Bonbons, 1 Stück Obst, 1 gezuckertes Joghurt etc.)

---

---

**Am Mittag/Mittagessen:** \_\_\_\_\_ Uhrzeit

jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, Kantine, Restaurant: z.B. Menü mit Dessert und Suppe, Reste vom Vortag etc.)

---

---

**Im Laufe des Nachmittags:** \_\_\_\_\_ Uhrzeit

jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, bei der Arbeit: z.B. 1 Stück. Kuchen, 3 Bonbons, 1 Frucht, 1 zuckerreduziertes Joghurt etc.)

---

---

**Am Abend/Abendessen:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit**

- jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause: z.B. 3-4 Scheiben Vollkornbrot, 2 Scheiben Bergkäse, 4 Scheiben Salami, kleiner Salat, 1 Schokopudding etc.)

---

---

**Im Laufe des Abends/Spätimbiss:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit**

- jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause, vor dem TV: z.B. 1 Handvoll Salzstangen oder Salznüsse, 2 Riegel Schokolade etc.)

---

---

**In der Nacht:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit**

- jeden Tag     4-6x/Woche     1-3x/Woche     0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (vor dem Kühlschrank: z.B. 2 Scheiben Mischbrot, 60 g Emmentaler Käse etc.)

---

---

**Wie häufig wird bei Ihnen gekocht:**

- selten oder nie     1-2x/Woche     3-4x/Woche     fast täglich     täglich

---

---

Wer kocht? \_\_\_\_\_

---

---

### Was und wie viel trinken Sie insgesamt pro Tag?

\_\_\_\_\_ ml Wasser, Mineralwasser, ungezuckerten Früchte-/Kräutertee

\_\_\_\_\_ ml gezuckerte Süßgetränke (z.B. Cola, Eistee, Limo, Energydrinks etc.)

\_\_\_\_\_ ml Fruchtsaft

\_\_\_\_\_ ml künstlich gesüßte Süßgetränke (z.B. Cola zero, Eistee light, Light-Limo etc.)

\_\_\_\_\_ ml Kaffee/Schwarztee       mit Zucker       ohne Zucker

\_\_\_\_\_ ml Milch z. B. im Kaffee, Kakao, Tee

andere Getränke \_\_\_\_\_

### Spüren Sie Hunger

ja                       manchmal                       nie

### Spüren Sie Sättigung?

nein                       nein, aber ich versuche, bewusst aufzuhören

ja, und ich esse weiter       ja, und ich höre auf

### Essen Sie häufig zwischen den Mahlzeiten (Naschen/Snacken)?

ja                       manchmal                       nein                       \_\_\_\_\_

### Essen Sie tagsüber meist wenig, dafür viel am Abend?

ja                       manchmal                       nein                       \_\_\_\_\_

### Essen Sie auch nachts?

nein                       ja                      Wenn ja, welche Speisen und wieviel? Wie oft?

### Essen Sie täglich größere Mengen Süßigkeiten, Desserts oder salzige Snacks?

ja                       manchmal                       nein                       \_\_\_\_\_

### Essen Sie meist schneller als andere Personen?

ja                       manchmal                       nein                       \_\_\_\_\_

### Haben Sie negative Emotionen/Gefühle, wenn Sie mehr oder anderes essen, als Sie sich vorgenommen haben?"

nein       manchmal       Ja → Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Alkoholkonsum:

### Konsumieren Sie Alkohol?

nein       ja      Wenn ja, wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie folgende alkoholhaltige Getränke?

**Wein:**      \_\_\_\_\_ ml       selten       \_\_\_\_\_ – mal pro Woche       täglich

**Bier:**      \_\_\_\_\_ ml       selten       \_\_\_\_\_ – mal pro Woche       täglich

**Spirituosen:** \_\_\_\_\_ ml       selten       \_\_\_\_\_ – mal pro Woche       täglich

### Andere alkoholhaltige Getränke (z. B. Mischgetränke, Cocktails):

\_\_\_\_\_ ml       selten       \_\_\_\_\_ – mal pro Woche       täglich

## Rauch- und Nikotinverhalten:

### Rauchen oder konsumieren Sie derzeit Nikotinprodukte?

Nein       Ja - wenn ja, wie häufig und in welcher Menge?

**Zigaretten:**       selten       ca. \_\_\_\_\_ Stück/Woche       täglich ca. \_\_\_\_\_ Stück, seit: \_\_\_\_\_

**E-Zigaretten:**       selten       ca. \_\_\_\_\_ /Woche       täglich ca. \_\_\_\_\_ Stück, seit: \_\_\_\_\_

sonstige Nikotinprodukte (Shisha/Nikotinkaugummi/Pfeife etc.) \_\_\_\_\_

selten       ca. \_\_\_\_\_ /Woche       täglich ca. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

### Haben Sie früher geraucht oder Nikotinprodukte konsumiert?

Nein       selten       Ja, regelmäßig,      wenn ja, bitte ankreuzen/ausfüllen:

**Zigaretten:**      \_\_\_\_\_ Stück/Tag      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**E-Zigaretten**      \_\_\_\_\_ /Tag      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**sonstige Nikotinprodukte (Shisha etc.)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /Tag      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Vorgeschichte

### Allergien und Unverträglichkeiten

#### Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Z.B. Medikamente, Heuschnupfen, Laktoseunverträglichkeit, Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten)

---

---

### Fragen zu Ihrer Tagesmüdigkeit - Epworth-Skala

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

Wenn Sie gewisse Situationen nicht erlebt haben, dann versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre. Bitte geben Sie **für jeden untenstehenden** Punkt die Häufigkeit an:

**nie = 0      selten = 1      gelegentlich = 2      oft = 3.**

#### beim Lesen

Punkte \_\_\_\_\_

#### beim Hinlegen nachmittags

Punkte \_\_\_\_\_

#### beim Fernsehen

Punkte \_\_\_\_\_

#### beim Sprechen (sitzend)

Punkte \_\_\_\_\_

#### im Theater (im Publikum)

Punkte \_\_\_\_\_

#### beim Sitzen nach dem Essen (ohne Alkohol)

Punkte \_\_\_\_\_

#### als Beifahrer im Auto (>1 Std.)

Punkte \_\_\_\_\_

#### beim Autofahren/Anhalten (vor Rotlicht)

Punkte \_\_\_\_\_

Gesamtpunktzahl (0-24 Punkte): \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden/Symptome

Hinweis: Einige Gesundheitsangaben wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes oder Gicht betreffen sowohl aktuelle Beschwerden als auch Ihre allgemeine Krankengeschichte. Bitte füllen Sie beide Abschnitte entsprechend aus, sofern zutreffend.

\*Wenn medikamentös behandelt, bitte in Tabelle auf Seite 11 eintragen!

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Sodbrennen / saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gallensteine	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Urinabgang beim Husten/Niesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Rückenschmerzen (welcher Bereich?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gelenkschmerzen/Arthrose (welche Gelenke?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hautentzündungen in Hautfalten (wo? Brust, Bauch?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hoher Blutzucker / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hohe Blutfettwerte / Cholesterin	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gicht	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Übermäßiger Haarwuch (wo? Gesicht, Brust ...?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Verstärktes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Zyklusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hoher Blutdruck / Hypertonie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Enge in der Brust / Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Geschwollene Knöchel / Ödeme	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Krampfadern / Veneninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Kurzatmigkeit / Luftnot	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Schnarchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Nächtliche Atemaussetzer (beobachtet)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
CPAP-Gerät (Atemmaske) in Verwendung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			

### Allgemeine Krankengeschichte

**Wurde bei Ihnen schon eine Krankheit diagnostiziert?** (Thrombose, Lungenembolie, Herzkrankheit, Lungenkrankheit, Krebs, Darmentzündung etc.) oder **hatten Sie eine schwierige Schwangerschaft?**

Jahr	Welche Krankheit?	Wo und durch wen behandelt?

**Wurden Sie bereits operiert?** (z. B. Mandeln, Blinddarm, Gallenblase, Gebärmutter, Gelenke, Krampfadern etc.)

Jahr	Welche Operation?	Wo durchgeführt?

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Vitaminpräparate ein?**

(verordnete oder selbst gekaufte)

Name des Präparat?	Dosis	Tablett, Brausetabletten, Pflaster etc.	Dosierung
Zum Beispiel: Vitamin D	1000 i. E.	Tabletten	0-0-1

## Schwierigkeiten bei der Blutzuckerregulation

Bei gewissen Menschen können im Rahmen der Nahrungsaufnahme Beschwerden auftreten. Diese können sehr unterschiedlich sein, treten jedoch meistens im Abstand von circa 1-3 Stunden nach dem Essen auf. Man bezeichnet dies als **postprandiale Hypoglykämie**.

Ursache dafür ist eine Unterzuckerung nach dem Essen. Normalerweise steigt nach dem Essen der Blutzuckerspiegel an und der Körper schüttet sofort ausreichend Insulin aus, um die Glukose (Traubenzucker) aus dem Blut in die Zellen zu transportieren und damit den Blutzucker zu senken.

Bei Betroffenen funktioniert das nicht richtig. Die Insulinausschüttung ist verspätet oder zu stark, sodass nach dem Essen der Blutzucker ansteigt, dann aber zu stark abfällt und es zu den unten abgefragten Beschwerden kommt. Vor allem Patienten mit Adipositas oder Prädiabetes, einer Vorstufe des Diabetes mit bereits erhöhten Blutzuckerwerten, sind öfter von diesem Problem betroffen.

**Verspüren sie häufiger Beschwerden, welche im Zusammenhang mit dem Essen (typischerweise 1-3 Stunden danach) auftreten?**

nein                       ja

**Falls ja, kreuzen sie bitte die zutreffenden Symptome an:**

Schwitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzrasen/ -klopfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zittern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
(Heiß-) Hunger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Untypisches/abnormales Verhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sprachstörungen/ -schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
starke Müdigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere regelmäßig auftretende Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	Welche?

**Vielen Dank für Ihre Angaben. Wir freuen uns, Sie bald bei uns begrüßen zu dürfen!**