



**Basisblatt, Patient Aufnahme**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmenummer:  
 \_\_\_\_\_

**Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?**

- 4  sehr gut      3  gut      2  zufriedenstellend      1  weniger gut      0  schlecht

**Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als "Risiko-Faktoren", d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere solche Risiko-Faktoren.**

**Bitte kreuzen Sie an, welche Risiko-Faktoren bei Ihnen vorliegen:**

- |                                                                                     |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rauchen: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein         | Zu hoher Blutdruck: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein   |
| Zu viel Stress: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein  | Übergewicht: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein          |
| Bewegungsmangel: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein | Zu hohes Cholesterin: 1 <input type="checkbox"/> ja      0 <input type="checkbox"/> nein |

**Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?**

- 0  fast nie      1  selten      2  ein paarmal im Monat      3  2-3mal pro Woche      4  fast täglich

**Wie stark sind die Schmerzen?**

- 0  keine      1  leicht      2  störend aber erträglich      3  gerade noch erträglich      4  unerträglich

**Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei alltäglichen Aufgaben in Beruf/Haushalt?**

- 0  überhaupt nicht      1  ein wenig      2  ziemlich stark      3  sehr stark

**Wie häufig fühlen Sie sich in letzter Zeit ...**

(Bitte setzen Sie in jeder Zeile 1 Kreuz!)

- |                                         |                                |                                     |                                |                                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| ... völlig erschöpft?                   | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |
| ... unruhig und abgespannt?             | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |
| ... wie eine allmählich leere Batterie? | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |

**Wie viele Personen - einschließlich Ihrer Familie - kennen Sie, auf die Sie sich in Notfällen verlassen können?**

- 0  keine Personen      1  1 Person      2  2-3 Personen      3  mehr als 3 Personen

**Wie oft machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen ihres Gesundheitszustandes in Zukunft ...**

(Bitte setzen Sie in jeder Zeile 1 Kreuz!)

- |                                |                                |                                     |                                |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| ... weniger verdienen?         | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |
| ... arbeitslos werden?         | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |
| ... vorzeitig berentet werden? | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> manchmal | 2 <input type="checkbox"/> oft | 3 <input type="checkbox"/> immer |

**Wie viele Personen (einschl. Kinder) leben ständig in ihrem Haushalt?**

Insgesamt \_\_\_\_\_ Personen, davon \_\_\_\_\_ unter 18 Jahren.

gz

rr rh  
rs ra  
rb rc

sh

si

bg

ve  
ua  
bl

ss

wv  
al  
vb

phh p18



**Basisblatt, Patient Aufnahme**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

2

Aufnahmenummer:

**Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:**

- 0  ledig      1  verheiratet      2  geschieden      3  verwitwet

fs

**Leben Sie allein oder in einer festen Partnerschaft?**

- 0  ich lebe allein      1  ich lebe in einer festen Partnerschaft

ps

**In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?**

**Bitte setzen Sie nur ein einziges Kreuz!**

- 0  Arbeiter (ungelernt, angelernt)  
 1  Facharbeiter (mit abgeschlossener Berufsausbildung)  
 2  Arbeiter in leitender Funktion (Vorarbeiter, Meister, Polier)  
 3  Angestellter in nachgeordneter Funktion  
 4  Angestellter in leitender Funktion  
 5  Beamter im einfachen oder mittleren Dienst  
 6  Beamter im gehobenen oder höheren Dienst  
 7  Selbständiger  
 8  Sonstiges (Auszubildender/Schüler/Student/Wehrpflichtiger/Zivildienstleistender/Praktikant)  
 9  Nicht berufstätig gewesen, Hausfrau-/mann

bs

**Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu ?**

**Bitte setzen Sie nur ein einziges Kreuz!**

- 0  voll berufstätig (jeden Tag ganztägig, auch wenn im Familienbetrieb)  
 1  teilweise berufstätig (halbtägig, tägl. einige Stunden, wöchentl. einige Tage, auch wenn im Familienbetrieb)  
 2  in Berufsausbildung  
 3  arbeitslos gemeldet  
 4  altershalber in Rente / pensioniert  
 5  aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig in Rente / pensioniert (auch Zeitrente)  
 6  freiwillig vorzeitig in Rente / pensioniert (sog. Vorruhestand/passive Altersteilzeit)  
 7  Hausfrau/-mann, nicht berufstätig gewesen

bt

**Wieviele Stunden arbeiten Sie zur Zeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?**

**Tragen Sie bitte nur volle Stunden einschließlich regelmäßig anfallender Überstunden ein!**

\_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

az

**Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?**

- 0  nie      1  1-6 Monate      2  6-12 Monate      3  länger als 12 Monate

alz

**Wurde bei Ihnen durch das Versorgungsamt eine Schwerbehinderung (GdB/MdE) festgestellt?**

- 0  nein      1  ja, und zwar um \_\_\_\_\_ %

sb gdb



**Basisblatt, Patient Aufnahme**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie das entsprechende an:

	gar nicht	kaum	mäßig	stark	sehr stark	
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Krankheit zu akzeptieren?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	a1
Fühlen Sie sich in Ihrem Leben durch Ihre Krankheit eingeschränkt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u1
Wird Ihre Freizeit durch Ihre Krankheit beeinträchtigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u2
Haben Sie durch Ihre Krankheit Probleme bei der Arbeit (am Arbeitsplatz, beim Studium, in der Schule, bei der Hausarbeit)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u3
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Krankheit in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u4
Beeinträchtigt die Krankheit Ihre Partnerschaft oder Ihr Familienleben?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u5
Beeinträchtigt Ihre Krankheit Ihre Beziehungen zu Freunden, Bekannten oder Kollegen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u6
Fühlen Sie sich aufgrund der Krankheit weniger attraktiv für andere Menschen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	u7
Ist es Ihnen unangenehm, anderen Menschen mitzuteilen, daß Sie eine chronische Krankheit haben?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	d1
Haben Sie Angst vor einer Verschlimmerung Ihrer Krankheit?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	a2
Haben Sie wegen Ihrer Krankheit Angst vor der Zukunft?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	a3
Beschäftigen Sie sich in Gedanken sehr oft mit Ihrer Krankheit?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	a4
Haben Sie sich in der letzten Zeit niedergeschlagen und bedrückt gefühlt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	d2
Haben Sie in letzter Zeit an vielen Dingen das Interesse verloren?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	d3
Hatten Sie in letzter Zeit den Gedanken, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	d4

Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	av
Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	ak
Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	as
Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	am

**Ihr Informationsstand über Ihre Erkrankung(en) ist:**

- 1  ich bin umfassend über meine Krankheit(en) informiert
- 2  ich wurde zu wenig über meine Erkrankung(en) aufgeklärt

**Ihr Wunsch für die Rehabilitation:**

- 1  keine weiteren Informationen über meine Krankheit(en)
- 2  mehr Informationen über meine Krankheit(en)

ins

inw



**Basisblatt, Patient Aufnahme**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer:

\_\_\_\_\_

**Wer hat diese Behandlung vorgeschlagen?**

- 0  ich selbst      1  mein Hausarzt      2  das Krankenhaus      3  die Krankenkasse  
 4  die Rentenversicherung      5  Andere      6  weiss ich nicht

bv

**Wann wurde diese Behandlung beantragt?**

\_\_\_\_\_ /

bm bj

**Wie oft haben Sie bisher an einer Rehabilitation oder Kur teilgenommen?**

\_\_\_\_\_ mal

zr

**\* Waren Sie unmittelbar vor dieser Behandlung krank geschrieben?**

1  ja      0  nein

au

**\* Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten etwa krank geschrieben?**

\_\_\_\_\_ Wochen

wau

**\* Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?**

- 0  nein      1  ja, noch nicht entschieden      2  ja aber abgelehnt

re

**Welche Ziele (Erwartungen, Wünsche oder Hoffnungen) knüpfen Sie an die Behandlung?**

**Kreuzen Sie höchstens 5 Ziele an! (jedoch mindestens 1)**

- Weiterführende Untersuchungen zu meiner Erkrankung.  zvd
- Ich möchte mehr über meine Erkrankung wissen.  zki
- Ich möchte eine Besserung meiner Beschwerden.  zbb
- Ich möchte eine Änderung meines Körpergewichts erreichen.  zgn
- Ich möchte Gesundheitsrisiken verringern, die bei mir vorliegen (z.B. Rauchen, Alkohol, zu hoher Blutdruck, zu hohes Cholesterin, erhöhter Blutzucker, zu wenig Bewegung).  zrv
- Ich möchte lernen, was ich selbst tun kann, um ein Fortschreiten meiner Erkrankung zu verhindern.  zkv
- Ich möchte meine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern.  zlf
- Ich möchte wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Streß) besser fertig zu werden.  zve
- Ich möchte weniger niedergeschlagen und änstlich sein.  zda
- Ich möchte lernen, mit meiner Erkrankung besser zu leben und umzugehen.  zkb
- Ich möchte mehr über technische Hilfen (z.B. Blutdruck-, Blutzuckermeß- geräte, Stomaartikel) erfahren, um meine Erkrankung selbst besser in den Griff zu bekommen.  zsk
- Ich möchte zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können.  zaa
- Ich möchte Hilfen, um weiter oder wieder arbeiten zu können.  zbi
- Ich möchte lernen, auch als Kranker wieder mehr Kontakt und besseren Umgang mit anderen zu haben.  zsi
- Ich möchte, daß die Behandlung meiner Krankheit verbessert wird.  zto
- Ich möchte eine Besserung unerwünschter Behandlungsfolgen (z.B. nach Operation/Bestrahlung/Medikamente).  zif
- Ich möchte geklärt haben, ob und was ich mit meiner Erkrankung arbeiten kann.  zsb

Wie war Ihr Gewicht vor einem Jahr?: \_\_\_\_\_ kg



# Arbeitsplatz, Patient Aufnahme

Nachname: _____	Institutsnummer: _____
Vorname: _____	_____ 2 _____
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie einige Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz. Die Fragen beziehen sich auf die letzte ausgeübte Tätigkeit, beantworten Sie sie auch, wenn Sie derzeit keinen Arbeitsplatz haben. Setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

### Ist Ihre Tätigkeit

- 1  überwiegend stehend      2  gehend      3  sitzend      4  im Wechsel Stehen/Gehen/Sitzen

kh

### Beinhaltet Ihre Tätigkeit

- |                                                                 |                               |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| häufiges (tägl.) Tragen von Lasten über 20 kg ohne Hilfsmittel? | 1 <input type="checkbox"/> ja | 0 <input type="checkbox"/> nein |
| Besteigen von Gerüsten und Leitern?                             | 1 <input type="checkbox"/> ja | 0 <input type="checkbox"/> nein |
| Fahr- und Steuertätigkeiten?                                    | 1 <input type="checkbox"/> ja | 0 <input type="checkbox"/> nein |
| häufige (tägl.) Arbeit mit erhobenen Händen (Überkopf-Arbeit)?  | 1 <input type="checkbox"/> ja | 0 <input type="checkbox"/> nein |
| Arbeit auf/mit gefährlichen Maschinen?                          | 1 <input type="checkbox"/> ja | 0 <input type="checkbox"/> nein |

tt

ts

tf

tu

tm

### Arbeitszeit

- 1  nur tagsüber      2  Wechsel (früh/spät) ohne Nacht      3  Wechselschicht mit Nacht      4  nur nachts

az

### Akkord

- 0  nein      1  Einzelakkord      2  Gruppenakkord

ak

### Beinhaltet(e) Ihre Tätigkeit besondere Anforderungen an...

nein      gering      hoch

- |                                                   |                            |                            |                            |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ...Konzentration?                                 | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ...Reaktionsvermögen?                             | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ...Verantwortung für eigene Sicherheit?           | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ...Verantwortung für Sicherheit anderer Personen? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ...Verantwortung für große Sachwerte?             | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

tk

tr

tve

tva

tvS

### Wie zufrieden sind oder waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz? \*(wenn berufstätig oder arbeitslos)

- 3  sehr zufrieden      2  zufrieden      1  unzufrieden      0  sehr unzufrieden

za





# Diabetes, Patient Aufnahme

Nachname: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

Wie oft messen Sie Zuckerwerte im Blut oder Urin selbst?

Wenn Sie nicht messen, tragen Sie bitte 0 ein!

Blutzuckermessungen/Woche: \_\_\_\_\_ Harnzuckermessungen/Woche: \_\_\_\_\_

bzw hzw

Bitte geben Sie Ihre letzten 3 selbst gemessenen Blutzuckerwerte an

Messung 1: \_\_\_\_\_

Messung 2: \_\_\_\_\_

Messung 3: \_\_\_\_\_

bz1

bz2

bz3

Bitte geben Sie Ihre letzten 3 selbst gemessenen Blutdruckwerte an

Systolischer Blutdruck

Diastolischer Blutdruck

Messung 1: \_\_\_\_\_

Messung 1: \_\_\_\_\_

Messung 2: \_\_\_\_\_

Messung 2: \_\_\_\_\_

Messung 3: \_\_\_\_\_

Messung 3: \_\_\_\_\_

rs1 rd1

rs2 rd2

rs3 rd3

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung in einer Gruppe mit anderen Patienten (mindestens 3 Unterrichtsstunden à 45 Minuten) teilgenommen?

ja  nein

wenn ja, Anzahl der Schulungen: \_\_\_\_\_

Zuletzt im Jahr: \_\_\_\_\_

sg

sgz

sgj

Wieviele Tage waren Sie während der vergangenen 12 Monate im Krankenhaus?

etwa \_\_\_\_\_ Tage

kht

Wieviele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten, zusätzlich zu den Krankenhaustagen, krank (arbeitsunfähig) zuhause?

etwa \_\_\_\_\_ Tage

aut

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie fremde Hilfe benötigt haben oder sogar ins Krankenhaus eingewiesen wurden?

\_\_\_\_\_ mal

uzz



# Diabetes, Patient Aufnahme

Nachname: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus wegen eines Komats durch übermäßig hohe Blutzuckerwerte?

\_\_\_\_\_ mal

koz

Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen erhöhter HbA1c-Werte stationär im Krankenhaus?

ja       nein

sta

Waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus wegen eines diabetischen Fußgeschwürs?

ja       nein      wenn ja, etwa \_\_\_\_\_ Tage

dfz df

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfeorganisation (z.B. Diabetikerbund)?

ja       nein

sh

Sind Sie wegen Diabetes in ein besonderes Behandlungsprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) eingeschrieben?

ja       nein

dmp



# Gastroenterologie, Patient Aufnahme

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

**1. Wie viele Stühle haben Sie im Durchschnitt täglich?**

- 2  weniger als 1      3  1 bis 3      4  mehr als 3

sf

**2. Wie ist Ihr Stuhl überwiegend beschaffen?**

- 2  hart      3  geformt      4  breiig      5  flüssig

sk

**3. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?**

- 0  nein      1  ja      x  weiß nicht

bsa

Wenn ja, wie würden Sie Ihre Bauchschmerzen beschreiben?  
 (Mehrfachnennungen sind möglich)

- |                 |                                 |                               |                                       |
|-----------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| brennend        | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| stechend scharf | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| sehr stark      | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| vernichtend     | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Druckgefühl     | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| dumpf           | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| bohrend         | 0 <input type="checkbox"/> nein | 1 <input type="checkbox"/> ja | 5 <input type="checkbox"/> weiß nicht |

sbr

sst

sss

sve

sdr

sdu

sbo

**4. Leiden Sie unter Blähungen?**

- 0  nein      1  ja      5  weiß nicht

kr2

**5. Haben Sie Schwierigkeiten beim Stuhlgang?**

- 0  nein      1  ja      5  weiß nicht

kr3

**6. Leiden sie unter einem Wechsel von Verstopfung und Durchfall?**

- 0  nein      1  ja      5  weiß nicht

kr4

**7. Bestehen Ihre oben genannten Beschwerden schon länger als 2 Jahre?**

- 0  nein      1  ja      5  weiß nicht

kr5



**Gastroenterologie, Patient Aufnahme**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

2

Aufnahmenummer:

**8. Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz:**

	die ganze Zeit	meistens	hin und wieder	selten	nie	
Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b1
Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie wegen Sodbrennen Medikamente eingenommen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b2
Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Oberbauch?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b3
Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie wegen Oberbauchschmerzen Medikamente eingenommen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b4
Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie das Gefühl, daß die Speisen beim Schlucken in der Speiseröhre hängen bleiben?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b5
Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Blähungen gestört?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b6
Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Durchfall?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b7
Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Erbrechen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b8
Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Aufstoßen?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	b9



# Tumor, Patient Aufnahme

Nachname: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer:

\_\_\_\_\_

Setzen Sie auf den folgenden Seiten in jede Zeile ein Kreuz oder tragen sie einen Zahlenwert ein!

## Wie war Ihr Gewicht

früher, vor der Erkrankung: \_\_\_\_\_ kg

bei Entlassung aus dem Krankenhaus (nach Operation): \_\_\_\_\_ kg

gfr

gkh

## Wie oft bzw. welche Nachsorgeuntersuchungen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

0  keine                      1  unregelmäßig                      2  regelmäßig

ns1

## Die Nachsorgeuntersuchungen wurden durchgeführt

1  nach Plan                      2  weil ich Beschwerden hatte                      3  weiß ich nicht

ns3

Sie finden im folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Leben vorkommen können. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht.

Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

Setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	trifft nicht zu	kaum	etwas	mehr	stark	sehr stark	
Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he1
Ich denke häufiger mit Angst an den Tod.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he2
Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he3
Ich habe Angst vor Hilflosigkeit / Siechtum.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he4
Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he5
Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he6
Ich habe Angst davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he7
Ich leide häufiger unter Schlafstörungen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he8
Ich leide häufiger unter depressiven Verstimmungen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he9
Ich bin oft angespannt bzw. nervös.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	he0



# Ess-Störungen / Adipositas, Patient Aufnahme

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

2

Aufnahmenummer:

**1. Sind Sie übergewichtig?**

nein (machen Sie bitte weiter bei Frage 21!)  ja

**2. Sind oder waren in Ihrer Familie noch andere Personen übergewichtig?**

nein  ja  weiß nicht

Wenn ja, wer in Ihrer Familie ist oder war übergewichtig?

(Es sind mehrere Nennungen möglich)

- Vater
- Mutter
- Geschwister
- Partner
- Kind(er)

**3. Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig?**

Seit  1. - 10.  11. - 20.  21. - 40.  nach 40. Lebensjahr  weiß nicht

**4. Was war das höchste Gewicht, das Sie jemals hatten? Wann war das?**

Mein höchstes Gewicht war: \_\_\_\_\_ kg

Im Jahr: \_\_\_\_\_

**5. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Gründe für Ihr Übergewicht?**

- Vererbung
- Erziehung
- Diäten
- Mangel an Bewegung
- Zu viel / falsches Essen und Trinken
- Verführung durch andere (Gruppenzwang)
- Einnahme von Medikamenten
- Seelische Belastungen
- Schwangerschaft oder Wechseljahre
- Rauchen aufgegeben
- Essen beruhigt und entspannt
- Beruflichen Umgang mit Essen

adi

fni

fva

fmu

fge

fpa

fki

gse

gma

gja

uve

uer

udi

ubg

ues

ugr

ume

ust

usc

ura

uen

ube



## Ess-Störungen / Adipositas, Patient Aufnahme

Nachname: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer:

Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Wann nehmen Sie die größte Nahrungsmenge ein?

- 1  morgens    2  mittags    3  abends    4  nachts    5  zu verschiedenen Zeiten

zma

## 7. Was wäre Ihr persönliches Wunschgewicht?

\_\_\_\_\_ kg

gwu

## 8. Was möchten Sie in 1 Jahr wiegen?

\_\_\_\_\_ kg

zja

## 9. Wie viele Versuche haben Sie schon unternommen, um Gewicht abzunehmen?

- 0  noch keinen    1  1 - 3    2  4 - 6    3  mehr als 6 Versuche

anz

## 10. Wenn Sie schon einmal bewusst abgenommen haben, welche Methode(n) haben Sie angewendet?

(Mehrere Nennungen sind möglich)

 Kurzzeitige Blitz-Diät(en), "FdH", Trennkost, Atkins-Diät, Schroth-Kur usw.

tdi

 Nulldiät / Heilfasten

tnu

 Spezialnahrung (z.B. Slim-fast, BioNorm usw.)

tfo

 Ernährungsumstellung (z.B. Einschränkung von Fett)

tfo

 Medikamente (z.B. Appetitzügler, Abführmittel)

tme

 mehr Bewegung

tsp

 Ernährungsberatung

tbe

 Gruppe (z.B. Weight Watchers, Selbsthilfegruppe)

tgr

 Psychotherapie

tps

 stationäre Rehabilitation

tre

## 11. Wie stark belastet das Übergewicht Ihr allgemeines Wohlbefinden?

- 0  gar nicht    1  wenig    2  stark    3  sehr stark

bwo

## 12. Wie wichtig ist es Ihnen, abzunehmen?

- 0  gar nicht    1  wenig    2  etwas    3  sehr

mot

