Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Ernährungsmedizin
Schwerpunktpraxis für ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

49545 Tecklenburg, Ostlandweg 4
Tel.: 05481/93990
E-Mail: info@praxis-leeden.de
www.praxis-leeden.de

Name:

Telefonnummer:

PATIENTENINFORMATION

zur Vorbereitung auf das

Beratungsgespräch
zur sog. Abnehmspritze

Inhalt dieses Infobogens

1. Angaben zur Person
2. Datenschutzvereinbarung
3. Motivationsfragebogen
4. Allgemeine Vorgeschichte
5. Gewichtsvorgeschichte
6. Fragen zum Essverhalten
7. Ernährungsprotokoll (Strichliste)

Zum Ausfüllen am Bildschirm bitte Microsoft Edge verwenden!
Datei per Rechtsklick und „Öffnen mit“ in Microsoft Edge öffnen.

Information zur Beratung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

In meiner Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin berate ich Sie gerne zum Thema Adipositas und der Behandlung mit der sog. Abnehmspritze sowie weiteren Alternativen.

Die Medikamentenklasse der GLP1-Analoga (Semaglutid unter dem Namen Wegovy und Tirzepatid unter dem Namen Mounjaro) sind in Deutschland zur Gewichtsabnahme zugelassen. In Ergänzung zu einer Lebensstilanpassung mit kalorienreduzierter Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität können Sie nach Abwägung von individuellen Chancen und Risiken zum Einsatz kommen. Sie gehören m.A.n. bedauerlicherweise weiterhin zu den sogenannten Lifestyle-Arzneimitteln und dürfen ausschließlich auf Privatrezept verordnet werden (§ 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V).

Um Sie korrekt beraten zu können, benötige ich im Vorfeld einige Informationen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Daher möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn mir möglichst schon im Vorfeld digital zur Verfügung zu stellen.

Kostenhinweis: Leistungen rund um diese Therapien sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und können nicht über die gesetzliche Krankenkasse erstattet werden. Die entsprechenden Kosten entnehmen Sie der beigefügten Preisliste.

Neben der reinen ernährungsmedizinischen Beratung sollten Körperzusammensetzungsmessungen (BIA) sowie Laborwertbestimmungen erfolgen. Während die BIA-Messung für das dauerhafte Outcome Ihrer Adipositasbehandlung sehr wichtig ist, dienen die Laborkontrollen Ihrer persönlichen Sicherheit unter der Therapie.

Bis zum Erreichen der Erhaltungsdosis sind Kontrollen 4-wöchentlich erforderlich. Die erste BIA-Kontrolle sollte nach frühestens 3, spätestens 4–6 Monaten erfolgen.

Ich freue mich auf unser Kennenlernen.

Dr. Birgit Schilling-Maßmann

Angaben zur Person

Datum

Name

Geburtsdatum

Körpergröße cm Aktuelles Gewicht kg

Wohnort (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Handy-Nummer

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt (mit Adresse + Telefonnummer)

Mitbehandelnde Ärzte (mit Adresse + Telefonnummer)

Waren Sie schon einmal in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung? ◯ ja ◯ nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung? ◯ ja ◯ nein

Haben Sie sich bereits zur medikamentösen Adipositastherapie (sog. Abnehmspritze oder -tabletten) informiert? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wo?

Datenschutzvereinbarung

Einverständniserklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wohnort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters: _____

Motivationsfragebogen

Screening-Fragen zu Ihrer persönlichen Motivation – nach Dr. Dietlinde Nord-Rüdiger

1. Welche Aussage beschreibt Ihre Einstellung zur Gewichtsabnahme am besten?

- ◯ Ich sehe keinen Anlass, mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- ◯ Ich habe vor in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- ◯ Ich habe in den letzten sechs Monaten ab und an einige Änderungen ausprobiert.
- ◯ Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.

2. Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Gewichtsabnahme ausgedrückt in Prozentzahlen?

- ◯ unter 50 % = (weniger wichtig)
- ◯ 40 – 60 % = (mittel wichtig)
- ◯ 50 – 70 % = (sehr wichtig)

3. Warum möchten Sie abnehmen?

- ◯ Weil mein Arzt/Familie/Freund/Chef/Partner mich darauf anspricht.
- ◯ Weil mir immer bewusster wird, dass es so nicht mehr weitergeht.

4. Was sind Sie bereit dafür zu tun?

- ◯ Am liebsten würde ich abnehmen ohne meine Lebensgewohnheiten groß umstellen zu müssen
- ◯ Ich bin bereit meine Lebensgewohnheiten zu ändern, auch wenn es mir nicht leicht fällt

5. Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

0 = überhaupt nicht bereit 10 = völlig bereit

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Hat es bei Ihnen oder engen Verwandten Schilddrüsenkrebs oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen gegeben? ◯ ja ◯ nein ◯ weiß ich nicht

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

KRANKHEIT		JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck	◯		◯	◯
Erhöhte Blutfettwerte	◯		◯	◯
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht	◯		◯	◯
Diabetes/Zuckerkrankheit	◯		◯	◯
Herzgefäßerkrankung	◯		◯	◯
Herzinfarkt	◯		◯	◯
Herzschwäche	◯		◯	◯
Schlaganfall	◯		◯	◯
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	◯		◯	◯
Schlaf-Schnarch-Krankheit	◯		◯	◯
Verengung der Halsgefäße	◯		◯	◯
Verengung der Beingefäße	◯		◯	◯
Schilddrüsenerkrankung	◯		◯	◯
Hormonstörungen	◯		◯	◯
Nierenerkrankungen/Nierensteine	◯		◯	◯
Gallensteine (oder OP)	◯		◯	◯
Entzündliche Darmerkrankungen	◯		◯	◯
Leberverfettung, -zirrhose	◯		◯	◯
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen	◯		◯	◯
Rheuma/rheumatische Erkrankungen	◯		◯	◯
Autoimmunerkrankungen	◯		◯	◯
Krebserkrankungen (welche):	◯		◯	◯
Aufstoßen	◯		◯	◯
Entzündung der Speiseröhre	◯		◯	◯
Entzündung der Magenschleimhaut	◯		◯	◯
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	◯		◯	◯
WEITERE:	◯		◯	◯
	◯		◯	◯
	◯		◯	◯

Schlaf und Atmung

Schnarchen Sie?	◯ ja	◯ nein
Wenn ja: Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z. B. im Schlaflabor?	◯ ja	◯ nein
Tragen Sie eine Schlafmaske?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie tagsüber extrem müde?	◯ ja	◯ nein

Nur für Frauen

Ist Ihre Familienplanung abgeschlossen?	◯ ja	◯ nein	◯ weiß ich nicht
Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft?	◯ ja	◯ nein	◯ weiß ich nicht
Stillen Sie aktuell?	◯ ja	◯ nein	

Verhütungsmaßnahmen:

☐ Pille ☐ Spirale ☐ Kondom ☐ Sterilisation

Andere:

Geburten:

Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

ggf. Medikationsplan anhängen – danke

NAME	STÄRKE / DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT	WOFÜR / SEIT WANN?

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe _____ cm

derzeitiges Gewicht _____ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor ◯ < 1 Jahr ◯ 2 - 4 Jahren ◯ > 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor ◯ < 1 Jahr ◯ 2 - 4 Jahren ◯ > 5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: _____ kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei: _____ kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche: _____ kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: _____ kg

Wie häufig haben Sie bereits Versuche zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

◯ Noch nie ◯ 1 - 5 mal ◯ 6 - 9 mal

◯ mind. 10 mal ◯ regelmäßig (mind. 2x jährlich) ◯ halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

MASSNAHME	WANN? Jahresangabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS-VERLUST in kg	WIEDER-ZUNAHME in kg	NACH WELCHEM ZEITRAUM?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/DOC Weight					
Mit Unterstützung Ihres Arztes: Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Medikamente zum Abnehmen					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu *: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ◯ ja ◯ nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?

- ☐ schnell
- ☐ langsam
- ☐ bewusst
- ☐ Zeitung lesend
- ☐ beim Fernsehen
- ☐ unregelmäßig

Wo essen Sie?

- ☐ im Wohnzimmer
- ☐ in der Küche
- ☐ bei der Arbeit
- ☐ unterwegs
- ☐ Andere Orte:

Andere Orte:

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (Uhrzeit)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ◯ ja ◯ nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie Fast Food?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ◯ ja ◯ nein

Bekommen Sie Ess-/Heißhungerattacken? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Was trinken Sie?

- ☐ Mineralwasser
- ☐ Cola, Fanta etc.
- ☐ Fruchtsäfte
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ anderes, was?

anderes, was?

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

kann ersetzt werden durch APP-Auswertung

Name:

Adresse:

Alter (Jahre):

Größe (cm):

Gewicht zu Beginn: kg

Gewicht am Ende: kg

Protokolltage:

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

1. Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
2. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
3. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
4. Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
5. Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
6. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
7. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein.
8. **Mengenerläuterung:**
   1 Esslöffel (EL) = 15 ml
   1 Teelöffel (TL) = 5 ml
   1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Beschreibbar am Bildschirm mit
Microsoft Edge

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Brot			
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Croissant			Stück 40,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,00 g
Margarine			Teelöffel 5,00 g
Butter/Margarine halbfett			Teelöffel 5,00 g
Wurst (Schinkenwurst, Mettwurst, Leberwurst)			Portion 25,0 g
Fettarme Wurst (Kochschinken, Corned Beef, Geflügelwurst ..)			Portion 25,0 g
Schinken roh			Portion 15,0 g
Salami			Scheibe 30,0 g
Käse unter 20% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (unter 3% Fett)			Esslöffel 30,0 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Müsli und Corn Flakes			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Müsli, trocken			Portion 40,0 g
Früchte-Müsli			Portion 40,0 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Schoko-Müsli			Portion 40,0 g
Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee/Tee schwarz			Tasse 200 g
Cappuccino			Tasse 200 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 200 g
Kondensmilch/Dosenmilch			Teelöffel 15,0 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tablette 1,00 g
Kakao			Tasse 200 g
Trinkmilch 3,5% Fett			Glas 200 g
Trinkmilch 1,5% Fett			Glas 200 g
Buttermilch			Tasse 150 g
Naturjoghurt 3,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 1,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 0,1 %			Portion 150 g
Joghurt mit Früchten 3,5 %			kleiner Becher 150 g
Joghurt fettarm mit Früchten 1,5 %			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 200 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 200 g
Putenschnitzel/Hähnchenschnitzel			Stück 200 g
Braten			Portion 200 g
Gulasch, Ragout			Portion 200 g
Bratwurst			Stück 150 g
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen			Stück 150 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 200 g
Leber, Herz, Niere			kleine Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 150 g
Tatar/Schabefleisch			Portion 70 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 100 g
Hamburger			Portion 200 g
Döner			Portion 350 g
Gyros			Portion 200 g
Beilagen/Soßen/Suppen			
Kartoffeln			Stück 80,0 g
Kartoffelpüree			Portion 250 g
Klöße, Knödel			Stück 80,0 g
Bratkartoffeln			Portion 250 g
Pommes frites			Portion 200 g
Kartoffelpuffer			Stück 70,0 g
Kartoffelsalat			Portion 250 g
Reis, gekocht			Tasse 180 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Nudeln, gekocht			Tasse 150 g
Pizza			Stück 300 g
Mehlpfannkuchen			Portion 250 g
Klare Suppe			Teller 300 g
Gebundene Suppe			Teller 350 g
Suppen-Eintopf			Teller 450 g
Tomatenketchup			Portion 20,0 g
Soße			Portion 60,0 g
Hackfleischsoße			Esslöffel 20,0 g
Käsesoße			Portion 100 g
Gemüse			
Gemüse, gebunden			Portion 200 g
Gemüse, gedünstet			Portion 200 g
Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen)			Tasse 150 g
Tomaten			Stück 60,0 g
Gurke			Stück 100 g
Rohkostsalat			Portion 250 g
Blattsalat			Portion 100 g
Paprikaschoten frisch			Stück 150 g
Mohrrübe frisch			Stück 100 g
Radieschen frisch			Stück 30,0 g
Sahne-Dressing			Portion 60,0 g
Essig-Öl-Marinade			Portion 60,0 g
Joghurt-Dressing			Portion 60,0 g
Fisch			
Fisch, gekocht			Portion 150 g
Fisch, gebraten			Portion 150 g
Fisch paniert			Portion 200 g
Fischstäbchen			Stück 30,0 g
Fischkonserve			Dose 180 g
Fisch, geräuchert			Portion 70,0 g
Rollmops, Matjes			Stück 90,0 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringssalat			Portion 50,0 g
Getränke			
Fruchtsaft 100 % Frucht			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser/Leitungswasser			Glas 200 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen (Korn, Wodka)			Schnapsglas 20,0 g
Liköre			Schnapsglas 20,0 g
Obst			
Apfel			Stück 150 g
Apfelsine			Stück 150 g
Birne, Pfirsich, Nektarine			Stück 150 g
Banane			Stück 140 g
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren			Portion 100 g
Mandarine, Clementine			Stück 40,0 g
Kirschen frisch			Portion 125 g
Pflaumen frisch			Stück 35,0 g
Kuchen und Desserts			
Obstkuchen			Stück 150 g
Trockenkuchen			Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte			Stück 120 g
Stückchen, Teilchen			Stück 100 g
Schlagsahne			Esslöffel 20,0 g
Waffeln			Stück 150 g
Eis			Portion 150 g
Milchpudding			Schälchen 250 g
Kompott, Apfelmus			Portion 125 g
Süßwaren und Snacks			
Bonbon			Stück 5,00 g
Kekse			Stück 5,00 g
Müsli-Riegel			Stück 50,0 g
Schokolade			Stückchen 20,0 g
Schokoriegel z. B. (Mars, Nuts)			Stück 100 g
Pralinen			Stück 20,0 g
Nüsse			Handvoll 50,0 g
Salzige Knabbereien			Handvoll 50,0 g
Kartoffelchips			Handvoll 50,0 g
Studentenfutter mit Erdnüssen			Handvoll 100 g
Schaumkuss			Stück 20,0 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Eiweißpräparate			
Eiweißpulver/-shake			in g angeben
Eiweißbrot			Scheibe 40 g
Milcheiweiß			Teelöffel 5,00 g
Sojaeiweißkonzentrat			Portion 50 g
Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			

Ggf. wichtige Anmerkungen für die Auswertung: