

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach jeder Adipositas-Operation ist eine Nachsorge sinnvoll und empfehlenswert. Üblicherweise findet normalerweise nach einem Monat ein Termin mit der Ernährungsberatung statt.

Eine etwas umfangreiche Nachsorge folgt drei, sechs und zwölf Monaten nach der Operation. Dabei werden neben allgemeinen Fragen unter anderem das Gewicht, eventuelle Beschwerden, ggfs. Änderung bei anderweitig bestehenden Erkrankungen und eventuelle Medikamente erfasst.

Um Ihnen Zeit und Wege zu ersparen, bieten wir Ihnen die Möglichkeit diese Nachsorge auch telefonisch/online durchzuführen.

Um den Erfolg Ihrer Operation zu beurteilen, aber auch eventuelle Probleme zu erkennen, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu uns zurückzusenden. Weiterhin bitten wir Sie die aktuellen Laborwerte (Blutbild, Vitaminspiegel etc.) beizufügen.

Die Nachsorgebögen können Sie uns entweder per Post an das *Adipositaszentrum der Klinik für MIC, Haus A, Spanische Allee 16, 14129 Berlin* oder per Email an *adipositaszentrum@mic-berlin.de* schicken.

**Wünschen Sie einen Rückruf?**

Ja

Nein

Falls ja, bitte geben Sie eine Rückrufnummer an: \_\_\_\_\_

**Sollen wir Ihnen einen Nachsorgebrief per Email schicken**

Ja

Falls ja, bitte geben Sie Ihre Email-Adresse an: \_\_\_\_\_

**Sollen wir Ihnen einen Nachsorgebrief per Post schicken**

Ja

Falls ja, bitte geben Sie Ihre Adresse an: \_\_\_\_\_

(Eine Kopie des Briefes wird an Ihren uns bekannten Hausarzt geschickt. Falls sie dies nicht wünschen, bitte geben Sie dies unten auf dieser Seite bei den Anmerkungen an)

Ihr Hausarzt hat sich geändert: Neuer Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

**Sonstige Wünsche oder Anmerkungen** (z.B. Änderung der persönlichen Daten)

---

## Nachuntersuchung- Adipositas

Name: \_\_\_\_\_

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

Geb. am: \_\_\_\_\_

Aktuelles Datum: \_\_\_\_\_

OP-Datum: \_\_\_\_\_

 Art der Operation:      Schlauchmagen / Sleeve      Omega-Loop-Bypass  
                                  Magenbypass (RYGB)      Sonstige: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht aktuell: \_\_\_\_\_ kg

Für interne Zwecke:

1 Monat	12 Monate
3 Monate	Jährliche Nachsorge
6 Monate	

Fallnr.: \_\_\_\_\_

QS/Studoq: \_\_\_\_\_

QS-Eingabe:      erfolgt      nicht erforderlich

### Allgemeine Fragen

 Haben Sie **seit** der Operation...

 ... Kontakt zu einer **Selbsthilfegruppe**?      Nein      Ja

 ... eine **Ernährungsberatung** erhalten?      Nein      Ja

 ... an einer **Verhaltenstherapie** teilgenommen?      Nein      Ja

 ... regelmäßig **Sport** betrieben?      Nein      Ja

 Wie ist ihre **Beweglichkeit** außer Haus (Mobilität)?      frei      nur mit Hilfsmitteln      sehr eingeschränkt

Leben Sie in einer Partnerschaft?      Nein      Ja

Sind Sie derzeit erwerbstätig?	nicht erwerbstätig	Hausfrau/-mann arbeitsunfähig berentet sonstiges
	Vollzeit (>35h/Woche)	
	Teilzeit (15-35h/Woche)	
	Teilzeit (< 15h/Woche)	

Sind bei Ihnen Blutwerte für die Nachsorge bestimmt worden?      Nein      Ja

Falls ja, wo erfolgte die Blutabnahme?      MVZ Windscheidstrasse

wo anders (z.B. beim Hausarzt)

**Nehmen Sie regelmäßig Vitamine, Eisen, Proteine oder ähnliches ein?**

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Multivitamin      Dosis(falls bekannt) \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ (z.B. 1x täglich)

Vitamin B12:

B12-Tablette      Dosis \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ (z.B. täglich, 1x / Monat)

B12-Spritze

Vitamin D3:      Dosis \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ (z.B. täglich, 1x / Woche)

Folsäure

Magnesium

Kalzium

Proteine/Eiweiß

Zink

Biotin

Eisen

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrer Gesundheit**
**Haben Sie außer dem Übergewicht weitere Erkrankungen?**

Nein

Ja

**Falls ja, bitte die nachfolgenden Fragen beantworten:**

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

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

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

 Schlafapnoe (Atem-  
aussetzer beim Schlafen)      Nein      Ja, **wie vor OP**      Ja, **besser** als vor OP      Ja, **schlechter** als vor OP      Ja, **neu** aufgetreten

 Fettstoffwechselstörung  
(erhöhtes Cholesterin)      Nein      Ja, **wie vor OP**      Ja, **besser** als vor OP      Ja, **schlechter** als vor OP      Ja, **neu** aufgetreten

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

 Gelenkerkrankungen/  
Gelenkschmerzen      Nein      Ja, **wie vor OP**      Ja, **besser** als vor OP      Ja, **schlechter** als vor OP      Ja, **neu** aufgetreten

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

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

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

**Für Frauen:**

Haben Sie ein

 Polycystisches      Nein      Ja, **wie vor OP**      Ja, **besser** als vor OP      Ja, **schlechter** als vor OP      Ja, **neu** aufgetreten

Ovarialsyndrom (PCOS)?

## Fragen zu Ihren Medikamenten

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**

Nein

Ja

**Haben Sie eine Medikamentenliste beigelegt?**

Nein

Ja

Falls "Nein", tragen Sie bitte Ihre Medikamente in die nachfolgende Liste ein.

### Aktuelle Medikamente

**Name/Dosis**

z.B. Metoprolol 47,5 mg

**Einnahmehäufigkeit**

z.B. morgens und abends =  
1 - 0 - 0 - 1

**Dosis gegenüber Operationstag**

Name/Dosis	Einnahmehäufigkeit	Dosis gegenüber Operationstag			
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu
	- - -	unverändert	reduziert	erhöht	neu

**Sind Medikamente - insbesondere eines der nachfolgend genannten - nach Ihrer Adipositasoperation abgesetzt worden?**

Insulin

Metformin

Sonstige Diabetesmedikamente

Blutdruckmedikamente

Sonstige Medikamente, die abgesetzt wurden \_\_\_\_\_

## Fragen zum Befinden bzw. zu Beschwerden

Sättigungsgefühl:		Gut	Nachlassend	Schlecht
keine nahrungsbedingten Beschwerden				
Schluckbeschwerden	wenn ja:	für Flüssigkeiten	für feste Nahrung	für beides
Reflux/Sodbrennen	wenn ja, wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Übelkeit nach dem Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Übelkeit unabhängig vom Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Erbrechen nach dem Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Erbrechen unabhängig vom Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Bauchschmerzen nach dem Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Bauchschmerzen unabhängig vom Essen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Verstopfungen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Blähungen	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
Durchfall	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich
übelriechender Stuhl	Wie oft?:	täglich	wöchentlich	monatlich

## Weitere Beschwerden bzw. Auffälligkeiten

Haarausfall	Müdigkeit
Nachtblindheit	Unsicherheit beim Gehen
Dumpings	Muskelschmerzen
Missempfindungen (z.B. Kribbeln im Bereich der Hände)	Entzündungen der Zunge (z.B. Brennendes Gefühl)
Entzündungen der Haut	Finger- und Fussnagelveränderungen (z.B. Brüchigkeit)

Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_



Sonstige Befunde, die nach der Adipositasoperation aufgetreten bzw. festgestellt wurden:

Table with 3 columns: Question, Nein, Ja. Rows include: Finden Sie Ihre Narben auffällig?, Ist bei Ihnen ein Bauchwandbruch festgestellt worden?, Sind bei Ihnen Gallensteine festgestellt worden?, Hat sich durch die Gewichtsabnahme ausgeprägt überschüssige Haut gebildet?, etc.

Sind Komplikationen aufgetreten, die mit der Adipositasoperation zusammenhängen: Nein Ja

Wenn Komplikation aufgetreten sind, bitte genauer angeben:

Table for complications after sleeve gastrectomy. Columns: Komplikationen nach Schlauchmagen, Magengeschwür (Ulkus), Magenblutung. Row: Wurden Sie aufgrund dieser Komplikation erneut operiert? Nein Ja

Table for complications after gastric bypass. Columns: Komplikationen nach Magenbypass (auch Omega-Loop-Bypass), Magengeschwür (Ulkus), Verengung der Nahtstellen (Stenose), innerer Bruch (innere Hernie), Nahtundichtigkeit, Darmverschluss. Row: Wurden Sie aufgrund dieser Komplikation erneut operiert? Nein Ja

Haben Sie sonst Fragen oder ein Anliegen?

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	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	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	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="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
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