

Bariatric Nutritional Assessment - Patientenversion

Sehr geehrte Klientin/Patientin,
 Sehr geehrter Klient/Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrem diätologischen Beratungsgespräch sorgfältig aus.
 Markieren Sie bitte Felder, die sie nicht ausfüllen können mit einem „x“. Wir werden diese Felder anschließend gemeinsam während des Beratungsgesprächs ausfüllen.

Herzlichen Dank, Ihre Diätologin / Ihr Diätologe

1. PatientInnendaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____ Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Größe:	_____		
Geburtsdatum:	_____		
Taillenumfang:	_____		
Taillenumfang: Messung bei BMI < 35kg/m² empfohlen	Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen	Taillenumfang (in cm)	
		Männer	Frauen
		<input type="checkbox"/> erhöht	≥ 94
<input type="checkbox"/> deutlich erhöht	≥ 102	≥ 88	

Gewichtsverlauf:	
Aktuelles Gewicht:	_____
Beginn Gewichtsprobleme:	_____
Niedrigstes Gewicht:	_____
Höchstes Gewicht:	_____
Gewicht konstant seit:	_____
Gewicht zu-/ abnehmend seit:	_____
BMI:	_____
Adipositas Grad:	BMI (kg/m ²):
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad I 30,0–34,9
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad II 35,0–39,9
<input type="checkbox"/> Adipositas Grad III ≥ 40,0	
Körperzusammen- setzung (z.B. BIA):	<input type="checkbox"/> Rz _____ <input type="checkbox"/> Rc _____ <input type="checkbox"/> PA _____

2. Abnehmversuche

Welche Abnehmversuche haben Sie in der Vergangenheit bereits durchgeführt? Bitte geben Sie wenn möglich auch das Jahr/Monat dazu an, sowie die Dauer in Wochen oder Monaten.

Diäten	Jahr (Dauer in Wochen/Monaten)	Erfolg / Verlauf (z.B. Konnten Sie das Gewicht halten?)
Weight Watchers ®		
Metabolic Balance ®		
Formula Diät (z.B. MyLine®, Almased®, Precon® etc.)		
Low Carb (z.B. Atkins Diät)		
Low Fat		
Dinner Cancelling		
10 in 2 (Bernhard Ludwig)		
Sasha Walleczek		
Diätpillen		
Herbalife ®		
Paleo Diät		
Heilfasten		
Sonstige Diätversuche (bitte geben Sie auch die Bezeichnung der Diät an):		

Was waren die Gründe für Ihren Abbruch der jeweiligen Diät?

3. Ergänzende therapierrelevante Daten

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte geben Sie den Namen des Medikaments an)?

Welche Nahrungsergänzungen / Vitamin- Mineralstoffsupplemente nehmen Sie ein?

Welche Intoleranzen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Glutensensitivität |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilcheiweißallergie | <input type="checkbox"/> Hühnereiweißallergie |
| <input type="checkbox"/> Nuss/Samenallergie | <input type="checkbox"/> Sojaallergie |
| <input type="checkbox"/> Fisch/Schalentierallergie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

4. Sozialstatus:

a) **Wohnsituation:**

- alleine lebend Familie/Partnerschaft Wohngemeinschaft (WG)

b) **Beruf:** _____

Wochenarbeitsstunden: _____

- überwiegend sitzende Tätigkeit überwiegend stehende Tätigkeit
 schwere körperliche Tätigkeit Schichtarbeit

c) **Sind Sie bereits von einer Diätologin/einem Diätologen beraten worden?**

- ja nein Wenn ja, zu welchem Thema? _____

d) **Rauchen Sie?**

- ja nein Wenn ja, seit wann? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

e) **Kinderwunsch/geplante Schwangerschaft:**

- ja nein Wenn ja, wann planen Sie schwanger zu werden? _____

e) **Bewegung:**

Welche Bewegung machen Sie gerne (z.B. walken, Schwimmen, Radfahren...)

Wie oft pro Woche?

Sind körperliche Einschränkungen vorhanden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Food Frequency Check:

Bitte geben Sie an, wie häufig pro Woche Sie diese Lebensmittelgruppen konsumieren:

Lebensmittel	Nie bzw. weniger als 1x / Woche	1 x pro Woche	2-4 x pro Woche	5-6 x pro Woche	mehrmals täglich
Knabbereien					
Obst					
Gemüse					
Flüssige Milch/Milchprodukte					
Käse					
Fleisch					
Wurst					
Fisch					
Eier					
Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Naturreis...)		:			
Weißmehlprodukte (Weißbrot, Nudeln, Reis..)					
Süße Getränke (Limonaden, Energy Drinks, Fruchtsäfte,...)					
Süßigkeiten					
Alkoholische Getränke					

6. Fragen zum Essverhalten

- a. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie täglich? (Wasser, Tee, Kaffee, Limonaden etc.)
- b. Mahlzeitenfrequenz – wie viele Mahlzeiten pro Tag essen Sie?
- c. Welche Zubereitungsarten bevorzugen Sie? (frittieren, backen, kochen, grillen etc.)
- d. Wer kocht zu Hause / wer geht einkaufen?
- e. Wie häufig pro Woche essen Sie auswärts (wie oft und wo?)
- f. Ist ein Hungergefühl vorhanden? ja nein
- g. Ist ein Sättigungsgefühl vorhanden? ja nein
- h. Haben Sie Heißhungerattacken? ja nein
Falls ja, wie häufig kommen diese Heißhungerattacken vor?
- i. Snacken Sie während Sie anderen Tätigkeiten nachgehen (fernsehen, lesen, arbeiten am PC)?
 ja nein
- j. Essen Sie in der Nacht? ja nein Wenn ja, wie oft / Woche? _____
- k. Essen Sie mehr, wenn Sie traurig/gestresst sind?
 ja nein
- l. Essen Sie bis zu einem unangenehmen Völlegefühl?
 ja nein
- m. Essen Sie häufig größere Portionen als andere Personen in Ihrem Umfeld?
 ja nein Wenn ja, wie oft/Woche? _____
- n. Nehmen Sie sich Zeit für eine Mahlzeit / Kauen Sie ausreichend?
 ja nein

7. Readyness to change:

Weshalb möchten Sie sich einer bariatrischen Operation unterziehen? (Welche Motivation: *Erscheinung, Fitness, Sorge um die Gesundheit, Einschränkung im Alltag, Benachteiligung am Arbeitsplatz,...*)

Weshalb zu diesem Zeitpunkt?

Wie sehr sind Sie zu einer Umstellung Ihres Lebensstils bereit? Bitte kreisen Sie auf der Skala von 1-5 den zutreffenden Wert ein.

Sehr bereit ② ③ ④ gar nicht bereit
① ⑤

Wieviel Unterstützung bekommen Sie von Familie/Freunden? Bitte kreisen Sie auf der Skala von 1-5 den zutreffenden Wert ein.

Keine ② ③ ④ Sehr viel
① ⑤

Was ist für Sie das Schwierigste bei der Gewichtsabnahme?

Sind Sie bereit, lebenslang Nährstoffsupplemente ein zu nehmen? ja nein

Sind Sie bereit, lebenslang die Kosten für die Nährstoffsupplemente zu tragen? ja nein

8. Ernährungstagebuch für eine Woche

Ein Ernährungstagebuch hilft Ihnen, Gewohnheiten zu erkennen. Nehmen Sie sich die Zeit und notieren Sie über eine Woche, was und wie viel Sie essen und trinken.

Notieren Sie alles, was Sie essen und trinken – während einer Mahlzeit und auch nebenbei. Tragen Sie Ihre Angaben direkt nach dem Verzehr ein, dann vergessen Sie nichts. Beschreiben Sie alles so genau wie möglich. Geben Sie z. B. auch Fettgehalte von Milchprodukten und Käse an.

Fehlen Ihnen Gewichtsangaben oder können Sie das Lebensmittel nicht abwägen, dann schätzen Sie die Menge so gut wie möglich, z. B. 1 Teelöffel, 1 Scheibe, 1 Handtellergroß.

Geben Sie bei den Getränken auch die Art an, z. B. Mineralwasser, Leitungswasser, schwarzer Tee, Fruchtsaft.

In der Spalte „Aktivitäten“ können Sie Angaben zu Ihrer Bewegung machen. Hier zählt alles! Tragen Sie also nicht nur Ihre sportlichen Aktivitäten ein, sondern notieren Sie auch, wenn Sie die Treppe anstatt den Aufzug nutzen oder spazieren gehen.

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten
7:00	3 Scheiben Weißbrot, 3 EL Butter, 5 EL Marmelade	2 Tassen Kaffee mit Milch (3,6% Fett) und 1 Stück Zucker	Mit dem Fahrrad 30 Minuten gefahren
10:00	Jausenweckerl (Kornspitz) mit Schinken, Gouda Käse, Salat und Tomaten 1 Apfel	2 Gläser Mineralwasser	Treppen genutzt anstatt Aufzug
12:00	Mittagessen in der Kantine: 1 Wiener Schnitzel (4 Handteller groß), mit 1 Schöpfer Reis und Erdäpfel-Vogerlsalat (kleines Schüssel)	1 Glas Orangensaft	
...			
....			
....			

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten



Verband der Diätologen Österreichs

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten

Mein Ernährungstagebuch

Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

Uhrzeit	Speisen / Menge Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Aktivitäten