



Verband der Diätologen Österreichs

Bariatric Nutritional Assessment - PatientIn

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: _____

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	≥ 80
<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/m²):	
	<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 _____	



Verband der Diätologen Österreichs

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):		



Verband der Diätologen Österreichs

3. Ergänzende therapierelevante Daten

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

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"/> Kuhmilchweißallergie | <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)

Beruf: _____ Wochenarbeitsstunden: _____

- überwiegend sitzende Tätigkeit überwiegend stehende Tätigkeit
 schwere körperliche Tätigkeit Schichtarbeit

b) Sind Sie bereits von einer Diätologin/einem Diätologen beraten worden? ja nein

Wenn ja, zu welchem Thema? _____

c) Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

d) 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? _____



Verband der Diätologen Österreichs

5. Readiness 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
1 2 3 4 gar nicht bereit
5

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

Keine
1 2 3 4 Sehr viel
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

6. Food Frequency Check:

Süßigkeiten	Menge/Tag:
Knabbereien	Menge/Tag:
Obst	Portionen/Tag:
Gemüse	Portionen/Tag:
Milch/Milchprodukte	Portionen/Tag:
Fleisch/Wurst	Portionen/Woche:
Fisch	Portionen/Woche:
Eier	Stück/Woche:
Süße Getränke (Limonaden, Energy Drinks, Fruchtsäfte,...)	Menge/Tag:



Verband der Diätologen Österreichs

7. Ernährungsanamnese

Wenn Sie ein Ernährungsprotokoll mitgebracht haben, müssen Sie den folgenden Punkt NICHT ausfüllen.

Uhrzeit	Mahlzeiten	Portionsgröße (siehe Abb.4 im Anhang)
	Frühstück:	
	Zwischenmahlzeit:	
	Mittagessen (inkl. Zubereitungsart):	
	Zwischenmahlzeit:	
	Abendessen (inkl. Zubereitungsart)::	
	Spätmahlzeit:	
	Snacks:	
<u>Wochenende:</u>		



Verband der Diätologen Österreichs

8. Sonstige

KEINE DER FOLGENDEN AUSSAGEN BEDEUTET EINE GEGENANZEIGE FÜR EINE OPERATION, DAHER ANTWORTEN SIE BITTE WAHRHEITSGEMÄSS, VIELEN DANK!

- a. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie täglich? (Wasser, Tee, Kaffee, Limonaden etc.)
- b. Wie oft pro Woche konsumieren Sie ein alkoholisches Getränk wie z.B. ein Glas Wein, Bier etc?
- c. Mahlzeitenfrequenz – wie viele Mahlzeiten pro Tag essen Sie?
- d. Welche Zubereitungsarten bevorzugen Sie? (frittieren, backen, kochen, grillen etc.)
- e. Wer kocht zu Hause / wer geht einkaufen?
- f. Wie häufig pro Woche essen Sie auswärts (wie oft und wo?)
- g. Ist ein Hungergefühl vorhanden? ja nein
- h. Ist ein Sättigungsgefühl vorhanden? ja nein
- i. Haben Sie Heißhungerattacken? ja nein
Falls ja, wie häufig kommen diese Heißhungerattacken vor?

- j. Snacken Sie während Sie anderen Tätigkeiten nachgehen (fernsehen, lesen, arbeiten am PC)?
 ja nein
- k. Essen Sie in der Nacht?
 ja nein
Wenn ja, wie oft/Woche? _____
- l. Essen Sie mehr, wenn Sie traurig/gestresst sind?
 ja nein



Verband der Diätologen Österreichs

m. Konsumieren Sie häufig Süßigkeiten/Limonaden?

ja nein

Wenn ja, wie oft/Woche? _____

n. Essen Sie bis zu einem unangenehmen Völlegefühl?

ja nein

o. Essen Sie häufig größere Portionen als andere Personen in Ihrem Umfeld?

ja nein

Wenn ja, wie oft/Woche? _____

p. Nehmen Sie sich Zeit für eine Mahlzeit / Kauen Sie ausreichend?

ja nein

Dieses Dokument wurde von der FH St. Pölten in Kooperation mit dem Arbeitskreis Bariatric des Verbands der Diätologen Österreichs entwickelt. Ein besonderer Dank gilt den Kolleginnen Karl, Leonhartsberger, Bauer, Lindorfer, Satzinger, Wagner und Winter, die im Rahmen ihrer Bachelorarbeiten maßgeblich an der Entstehung dieses Tools mitgewirkt haben.

DANKE!

Birgit Lötsch & Alexandra Kolm

