Bariatric Nutritional Assessment - Patientenversion

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

bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrem diaetologischen 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 Diaetologin / Ihr Diaetologe

1. PatientInnendaten

Name: _____ Geburtsdatum:_____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____ Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich		
Größe:			
Geburtsdatum:			
Taillenumfang:			
Taillenumfang: Messung bei BMI < 35kg/m² empfohlen	**Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen**	**Taillenumfang (in cm)**	
		Männer	Frauen
	☐ erhöht	≥ 94	≥ 80
	☐ 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):	
	☐ Adipositas Grad I	30,0–34,9
	☐ Adipositas Grad II	35,0–39,9
	☐ Adipositas Grad III	≥ 40,0
Körperzusammen-setzung (z.B. BIA):	☐ Rz_____	
	☐ Rc_____	
	☐ 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 therapierelevante 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?

☐ Laktoseintoleranz
☐ Histaminintoleranz
☐ Kuhmilcheiweißallergie
☐ Nuss/Samenallergie
☐ Fisch/Schalentierallergie
☐ Sonstige: _____
☐ Fruktosemalabsorption
☐ Zöliakie/Glutensensitivität
☐ Hühnereiweißallergie
☐ Sojaallergie

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 Diaetologin/einem Diaetologen 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 1 2 3 4 5 gar nicht bereit

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 5 Sehr viel

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

Dieses Dokument wurde von der FH St. Pölten in Kooperation mit dem Arbeitskreis „Ernährung & Adipositaschirurgie“ des Verbands der Diaetologen Österreichs entwickelt. Ein besonderer Dank gilt den Studierenden Lessnika, Atteneder, Karl, Leonhartsberger, Bauer, Lindorfer, Satzinger, Wagner und Winter, die im Rahmen ihrer Bachelorarbeiten maßgeblich an der Entstehung mitgewirkt haben.

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 abwiegen, 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 Schüsserl)*	*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

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