

Anamnese-Fragebogen

Mein gewünschter Magenballon ist:

- Spatz3 (12 Monate) Orbera (6 Monate) Orbera 365 (12 Monate)

Ihre Kontaktdaten: Ausgefüllt am:20.....

Name:		Nachname:	
Straße / Haus-Nr:		Geschlecht:	
PLZ:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Stadt:	Land:	Tel.-Nr.:	
E-mail:		Geburtsdatum:	

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen wahrheitsgemäß aus. Die Angaben verhelfen bei der Entscheidung über die Eignung eines Magenballons. Des Weiteren können anhand dieses Fragebogens Kontraindikationen zum Eingriff hervorgehen, noch bevor Sie einen Termin in unserer Klinik wahrgenommen haben.

BMI: Größe:cm

Gewicht: kg

Taillenumfang:cm

Hüftumfang: cm

Das geringste Gewicht (ab 18 Jahren):kg, im Alter von..... Jahren

Maximales Gewicht (ohne Schwangerschaft):kg, im Alter von..... Jahren

Ziel der Gewichtsreduktionkg

Ihre Gründe für die Reduktion: gesundheitliche soziale ästhetische

andere:

Ihre Krankheiten / Es bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen:

Herz-und Gefäßerkrankungen: Bluthochdruck Rhythmusstörungen

Herzfehler (falls ja, welche/r.....) Angina Pectoris

Atemnot beim Treppensteigen Thrombosen Herzinfarkt Schlaganfall

Magen-Darm-Erkrankungen: Diabetes Hepatitis falls ja, welche: A B C

Hiatushernie Fettleber Leberzirrhose Gallensteine Sodbrennen

Atemwege / Lunge: Asthma chronische Bronchitis

chronisch obstruktive Lungenerkrankung/COPD

Schlafapnoe (CPAP-Maske ja nein)

Bösartige Tumoren:

Andere Krankheiten:

Operationen, Verletzungen:

Medikamente, die Sie jetzt einnehmen:

Beruf:

Körperliche Aktivität während des Tages: kleine ausreichende hohe

Art der körperlichen Aktivität:

Regelmäßige Bewegung / Sport ja nein, falls ja, welche:

wie lange: **wie oft pro Woche:**

Was tun Sie in Ihrer Freizeit? (Hobbys):

In welchem Alter begann Ihr Gewicht zu steigen? MitJahren.

Was hat Ihrer Meinung nach hohen Anteil an Ihrer Gewichtssteigerung?

übermäßiges Ernähren kleinere körperliche Aktivität Schwangerschaft

Mutterschaftsurlaub Wechseljahre Eintritt in die Ehe

Stressfaktoren (z.B. familiäre oder berufliche Probleme):

Krankheit: Medikamente:

Berufseinstieg oder -wechsel: Wehrdienst:

andere Faktoren:

Andere wichtige Angaben / Wunschtermin / Allergien:

Füllen Sie den Fragebogen wahrheitsgemäß aus. Alle auch in der Vergangenheit durchgemachten und abgeheilten Krankheiten müssen notiert werden.

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben 😊

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an: nosek@iscare.cz

Terminvereinbarung:

Sofern Sie noch keinen Termin vereinbart haben, wenden Sie sich bitte mit Ihrem Terminwunsch an uns. Falls während der Voruntersuchungen keine Kontraindikation gegen den Eingriff festgestellt wird, erfolgt das Einsetzen des Magenballons am gleichen Tag.

Terminanfrage:

Der Eingriff erfolgt jeden Montag, Mittwoch und Donnerstag.

Bitte wenden Sie sich mit Ihrem Terminwunsch an Herr Oliver Nosek, optimal bitte per E-Mail.

E-Mail: nosek@iscare.cz

Telefon: +420 602 350 711

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Adipositas-Team

ISCARE Klinik Prag