

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Name Patient/Geb.datum _____

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie interessieren sich für eine Operation (Magenbypass, Schlauchmagen, Magenband) oder einen Magenballon, um Ihr Übergewicht zu behandeln.

Um Sie gut beraten zu können, brauchen wir hier einige detaillierte Angaben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen daher sorgfältig aus und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Bitte beantworten Sie die anderen Fragen in Stichworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, so heften Sie einfach ein Blatt an.

Bringen Sie uns den unterschriebenen Fragebogen und das Ernährungsprotokoll vor Ihrem Termin mit. Bringen Sie bereits vorhandene Unterlagen zu Ihrem Termin in der Sprechstunde mit (z.B. Magenspiegelung, ärztliche Atteste, OP-Berichte, Arztbriefe).

Bitte bringe Sie zum Erstgespräche eine endokrinologische Laboruntersuchung mit:

- Vom Hausarzt: Labortest: TSH, fT3, T4, Cortisol i.S. HBA1c, Bz-Tagesprofil
- Bei Frauen: vom Frauenarzt: gyn. Untersuchung (Ausschluss polyzystische Ovarien), Hormonstatus
- Bei Männern: Hormonstatus (DHEAS, Testosteron)

Zur Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung wenden Sie sich an Frau Zisler, sie ist Ihre Ansprechpartnerin als Adipositas-Case-Managerin. Sie erreichen sie unter folgender Rufnummer 0941/782 3311.

Eine gute Informationsquelle zu den bariatrischen Operationen, finden Sie auch unter:

www.cme-adipositas.de/broschueren/adipositas-op.pdf

oder unter unserer Internetseite:

www.caritasstjosef.de

Bitte notieren Sie oben rechts auf jeder Seite nochmals Ihren Namen.

Ihr Team des Adipositas-Zentrums im Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Ab hier bitte ausfüllen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Datum:

Telefon-Nr. (privat):

Gewicht: kg Körpergröße: cm

Hausarzt:

.....

..... (Name + Fachgebiet)

kein Hausarzt

Angehörige(r):

evtl. Telefonnummer:.....

**Haben Sie bereits einmal einen Antrag zur Kostenübernahme bei Ihrer
Krankenkasse gestellt?**

nein

ja wurde genehmigt wurde abgelehnt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Hausarzt

anderer Arzt (Name + Fachgebiet)

.....

Patientenempfehlung von (evtl. Name)

.....

Eigeninitiative

.....

Internet.....

Wird in der Sprechstunde ausgefüllt:

Körpergröße: cm

Aktuelles Gewicht: kg BMI: kg/m²

Normalgewicht: kg Taillenumfang: cm

Maximalgewicht: kg (wann:)

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Allgemeinbefinden

1. Wie stufen Sie ihr derzeitiges Befinden ein?

0 1 2 3 4 (Auswertung)
sehr gut gut normal schlecht sehr schlecht

2. Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden (Auswertung)

- 0 nein
- 1 seltener als 1x/Monat
- 2 seltener als 1x/Woche
- 3 mehrmals pro Woche
- 4 ständig

Haben Sie Sodbrennen?.....

Müssen Sie aufstoßen?

Bleibt Ihnen beim Schlucken Speise in der Speiseröhre hängen?.....

Haben Sie Schluckbeschwerden bei fester Kost?

Haben Sie Schluckbeschwerden bei flüssiger Kost?

Steigt Ihnen Mageninhalt (z.B. Magensäure) bis in den Mund oder Hals hoch?.....

Wachen Sie nachts wegen Sodbrennen oder Hochsteigen von Mageninhalt auf?.....

Müssen Sie erbrechen?

Haben Sie ein Völlegefühl nach dem Essen?

Spüren Sie Druckschmerzen im Oberbauch oder hinter dem Brustkorb?

Haben Sie Blähungen?

Haben Sie Durchfall?

Haben Sie Verstopfung?



Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die medizinische Behandlung

3. Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt?

nein ja, aber ohne Beschwerden ja, mit folgenden Symptomen
(z.B. Koliken, Druckgefühl).....

Wurde die Gallenblase mit Ultraschall untersucht?

nein ja, am

4. Wurde bei Ihnen eine Magenspiegelung durchgeführt?

nein ja, am wo.....

5. Ist bei Ihnen eine Magenschleimhautentzündung (Gastritis) durch ein Bakterium (Helicobacter pylori) festgestellt worden?

nein ja, am weiß ich nicht

Wurde diese (mit einem Antibiotikum) behandelt?

nein ja weiß ich nicht

6. Wurden Sie schon einmal operiert?

nein

ja (wann, welche Operation, wo?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

7. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

nein ja (weitere Angaben bitte unten)

Regelmäßig genommene Medikamente

Handelsname, Dosierung und Einnahmefrequenz

.....
.....
.....
.....

Nur bei Bedarf genommene Medikamente:

Handelsname, Dosierung und Einnahmefrequenz

.....
.....
.....

8. Sind bei Ihnen Allergien auf Nahrungsmittel, Medikamente, Sonstiges bekannt?

nein

ja, welche:

.....
.....
.....
.....
.....

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Übergewicht

9. Seit wann sind Sie übergewichtig? (bitte ankreuzen)

- seit weniger als 5 Jahren
- seit 5-10 Jahren
- seit 10-15 Jahren
- seit der Jugend
- seit der Kindheit

10. Wann waren Sie zuletzt schlank? (bitte ankreuzen)

- ich war niemals schlank
- ausschließlich als Kind
- ich war schlank vor _____ Jahren
- bei Frauen: vor meiner/meinen Schwangerschaften

11. Leiden Sie an Begleiterkrankungen des Übergewichtes? hoher Blutdruck

- nein
- ja nicht medikamentös behandelt
- medikamentös behandelt seit:.....

Erkrankungen des Herzens (Verengung der Herzkranzgefäße, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörung)

- nein
- ja nicht behandelt
- behandelt/ untersucht mit (Katheter, Stent, Bypass)

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Diabetes mellitus Typ 2

- nein
- ja, seit: medikamentös behandelt seit:
- mit Insulin behandelt seit:
- Blutzuckertagebuch wird geführt 0 ja 0 nein
- keine Medikamente
- Sonstiges/ nicht sicher

Schlafapnoe-Syndrom

- nein ich habe noch kein Schlaflabor aufgesucht
- ja **Atemaussetzer** **starkes Schnarchen**
- nächtliche Atemnot** **morgendliche Abgeschlagenheit**
- Tagesmüdigkeit** **CPAP-Maske nachts zum Schlafen,**
- ich war bereits in einem Schlaflabormit folgendem Ergebnis:
.....

Orthopädische Probleme

- nein
- ja Hüfte wann:,
WO.....
- Rücken wann:,
WO.....
- Knie wann:,
WO.....
- Sonstige:
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

hohe Blutfettwerte

- nein (Cholesterin, LDL, VLDL, Triglyceride)
- ja 0 medikamentös behandelt
- nicht medikamentös behandelt

Schlaganfall

- nein
- ja, wann:.....,
wo:.....

Sonstiges

- TVT, ja, wann.....,
Therapie.....
- nein

- bösartiger Erkrankungen, ja, was
.....Erstdiagnose.....
- Operation

- Rauchen Sie?, ja, wieviele?.....seit
wann?.....
- nein

- Trinken Sie Alkohol? ?, ja, wieviel?.....seit
wann?.....
- nein

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf bereits durchgeführte Diäten, Adipositasbehandlungen (Medikamente, OP, Ballon)

12. Seit wann denken Sie über eine Übergewichtsoperation nach?

.....

13. Wie viele Diäten haben Sie etwa in den vergangenen 10 Jahren unternommen? (bitte abkreuzen)

- Keine
- bis 5
- 6 -10
- 10 – 20
- mehr als 20

14. Wann haben Sie zum ersten Mal eine Diät unternommen?

- nie
- Kindheit
- Jugend
- 18.-30. Lebensjahr
- später

15. Welche Diäten haben Sie bereits versucht?

- keine

Abnehmprogramme

- Weight Watchers®
- Doc Weight®
- Ich nehme ab
- Fit for fun
- Sonstige:.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Abnehmprogramme

Wann? /Wie viele Wochen/Monate?/Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Formuladiäten

- Optifast
- Modifast
- Slimfast
- Almased
- Bodymed
- Sonstige:

.....

Wann? /Wie viele Wochen/Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Diäten beim Hausarzt

- ja
- nein

Wann? /Wer?/ Wie viele Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Diäten beim Ernährungsmediziner

- ja
- nein

Wann? /Wer?/Wie viele Wochen/Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Kur-/Reha-Aufenthalte (stationäre Diäten)

ja

nein

Name/Art der Kureinrichtung

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann? /Wie viele Wochen/Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Andere Diäten

- Nulldiät
- Atkins
- Herbalife
- Metabolic Balance
- Trennkost
- Eigene Diäten:

.....
.....
.....
.....
.....

Wann? /Wie viele Wochen/Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

16. Haben Sie bereits Medikamente gegen Ihr Übergewicht eingenommen?

- nein
- Reductil (Sibutramin)
- Xenical (Orlistat)
- Acomplia (Rimonabant)
- Sonstige:

.....
.....

Wann? /Wie viele Wochen/Monate? /Warum beendet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

17. Haben Sie einmal oder mehrmals an einer Ernährungsberatung teilgenommen?

- nein
- ja, bei
 - Diätassistent/in
 - Ökotrophologe/in.....
 - Krankenkasse.....
 - Ernährungsmediziner/in

Wann/Wo?

.....
.....
.....
.....

Wie oft?

.....
.....
.....
.....

Wann zuletzt?

.....
.....
.....
.....

Gewichtsverlust (kg)?

.....
.....
.....
.....

Wie lange hat der Gewichtsverlust angehalten (Monate)?

.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

18. Waren/sind Sie bereits in einer Selbsthilfegruppe für Übergewichtige?

Wo, Name der Gruppe?

.....
.....

Wann/ wie lange?

.....
.....

abgebrochen aus folgendem Grund

.....
.....

19. Hatten Sie Gespräche mit einem Psychiater/Physiotherapeuten/ Psychologen/Psychosomatiker wegen Ihres Gewichtsproblems?

ja, bei..... wann?..... wie oft?

nein brauche ich nicht würde ich mir wünschen

.....

20. Führen Sie Ihre Gewichtszunahme auf ein besonderes Ereignis/ einen besonderen Einschnitt in Ihrem Leben zurück?

nein

ja und zwar:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

21. Ist Ihr derzeitiges Gewicht Ihr Maximalgewicht?

- ja
- nein, das lag bei kg, wann war das?

22. Was ist Ihr Wunschgewicht?

..... kg

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle Lebenssituation.

23. Treiben Sie Sport/ bewegen Sie sich viel? (bitte ankreuzen)

- jeden Tag
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- selten
- unregelmäßig
- nein

Welche Sportart betreiben Sie? (Seit wann?, Wie oft?)

- Schwimmen.....
- Walking, Spaziergehen.....
- Joggen.....
- Fitness.....
- Kraftsport.....
- Ballsport (Handball, Tennis, Fußball.....)
- Sonstige:
.....
.....

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

Nein ich betreibe keinen Sport

Der Grund hierfür ist:

.....
.....

Welchen Sport haben Sie früher betrieben?

.....
.....

Wann zuletzt?

Warum haben Sie aufgehört?

.....
.....

Welche Sportart möchten Sie betreiben?

- Schwimmen
- Nordic-Walking
- Joggen
- Fitness, Kraftsport
- Ballsport (Fußball, Handball, Tennis, ...)
- Sonstige:

24. Familienstand (bitte ankreuzen)

- feste Partnerschaft (seit wann?)
- ich lebe in Trennung
- bin geschieden
- alleinstehend
- verwitwet

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

25. Unternehmen Sie gerne etwas mit Freunden, gehen Sie gerne aus?

- oft
- regelmäßig
- selten
- nie

26. Welchen Beruf üben Sie aus?

- ich arbeite als
- Erlerner Beruf:
- ich bin Hausfrau / Hausmann
- ich bin nicht berufstätig seit:
- ich war nie berufstätig
- ich bin in Rente, seit:.....

27. Haben Sie Kinder?

- nein
- ja, im Alter von
.....

Haben Ihre Kinder Übergewicht?

- nein ja teilweise

28. Sind/waren Ihre Eltern auch übergewichtig?

- nein ja teilweise

29. Rauchen Sie?

- nie geraucht
- ja, bis 10 Zigaretten/Tag
- ja, mehr als 10 Zigaretten/Tag
- Nichtraucher
seit:, vorher.....

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

30. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?

- nie/selten
- weniger als 1/2 Flasche Bier oder 1/8 l Wein am Tag
- 1 Flasche Bier oder 1/4 l Wein am Tag
- mehr als 1 Flasche Bier oder 1/4 l Wein am Tag

bitte Angabe der Menge:

31. Welche Essverhalten haben Sie (mehrere Antworten möglich)?

- ich esse sehr viel Süßes
- ich habe Essattacken
- ich esse generell zu viel
- ich esse eigentlich ganz normal

32. Was essen Sie hiervon am Häufigsten?

- Schnitzel mit Pommes
- Leberkäsesemmel
- Gemüse mit Reis und Huhn
- Diverse Salate mit Brot

33. Was trinken Sie hiervon am Häufigsten?

- Cola, Limonade,
- Eistee
- Saft Saftschorlen
- Wasser

34. Wie viel Liter Fruchtsaft, Cola/Limonade/Spezi (mit Zucker) trinken Sie?

Liter am TagLiter in der Woche

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

35. Wo liegt Ihrer Meinung nach Ihr Ernährungsproblem (mehrere Antworten möglich)?

- ich spüre kein/spät Sättigungsgefühl
- ich bin satt und esse dennoch weiter
- ich esse ungesunde Lebensmittel
- ich esse, wenn ich traurig oder gestresst bin

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das Behandlungsverfahren.

36. Welche Behandlungsverfahren kennen Sie bereits?

- Magenband Schlauchmagen Magenbypass
- Magenballon Magenschrittmacher EndoBarrier

37. Für welche Behandlungsverfahren interessieren Sie sich?

- Magenband Schlauchmagen Magenbypass
- Magenballon Magenschrittmacher EndoBarrier
- Sonstige

38. Haben Sie bereits Informationen zu diesen Verfahren erhalten?

- nein
- ja, durch meinen Hausarzt.....
- ja, durch meinen Facharzt.....
- ja, über das Internet.....
- ja, über die Zeitschrift.....
- ja, über Broschüren.....
- ja, in der Selbsthilfegruppe.....
- ja, über

Bariatrische Chirurgie

Dr. Corinna Attenberger
Sprechstunde Do 14-16 Uhr
Tel. Anmeldung 0941/782 3311
E-Mail: cattenberger@caritasstjosef



Caritas -
Krankenhaus
St. Josef



Kooperations- und
Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Anamnesebogen Adipositas

Name Patient/Geb.datum _____

39. Was erwarten Sie sich von uns/ von dem Eingriff?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

40. Anregungen, Fragen, Kritik:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....