



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 Annemarie Ott

### 1. PatientInnendaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

|   |   |                                  |        |
|---|---|----------------------------------|--------|
| Geschlecht:   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich               |                                  |        |
| Größe:  |   |                                  |        |
| Geburtsdatum:   |   |                                  |        |
| Taillenumfang:  |   |                                  |        |
| <b>Taillenumfang:<br/>Messung bei<br/>BMI &lt; 35kg/m<sup>2</sup><br/>empfohlen</b> | <b>Risiko für<br/>metabolische<br/>und<br/>kardiovaskuläre<br/>Komplikationen</b> | <b>Taillenumfang<br/>(in cm)</b> |        |
|   |   | Männer                           | Frauen |
|   |   | <input type="checkbox"/> erhöht  | ≥ 94   |
| <input type="checkbox"/> deutlich erhöht  | ≥ 102   | ≥ 88                             |        |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>Gewichtsverlauf:</b>                      |   |           |
| Aktuelles Gewicht:                           |   |           |
| Beginn<br>Gewichtsprobleme:                  |   |           |
| Niedrigstes<br>Gewicht:                      |   |           |
| Höchstes Gewicht:                            |   |           |
| Gewicht konstant<br>seit:                    |   |           |
| Gewicht zu-/<br>abnehmend seit:              |   |           |
| BMI:   |   |           |
| Adipositas Grad:                             | <b>BMI (kg/m<sup>2</sup>):</b>              |           |
|  | <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-<br>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<br>(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? \_\_\_\_\_

## 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                      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

## 6. Food Frequency Check:

|   |                  |
|---|------------------|
| Süßigkeiten   | Menge/Tag:       |
| Knabberereien   | 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<br>(siehe Abb.4<br>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
- l. Essen Sie mehr, wenn Sie traurig/gestresst sind?  
 ja  nein



Verband der Diaetologen 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 Bariatry des Verbands der Diaetologen 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

