



Gemeinsam zum Erfolg

Sozialmedizinischer Fragebogen für den MDK
(Auszufüllen vom behandelnden Arzt)

Name: _____
Name behandelnder Arzt: _____
Versichertennummer: _____
Krankenkasse: _____

Fragenkatalog mit Antwort/Stellungnahme:

Aktuelles Gewicht: _____ **Körpergröße** _____

Seit wann besteht die Adipositas? _____

Begleiterkrankungen:

aktuelle Medikation:

Besteht / Bestand bei Ihrer/m Pat. ein Alkohol- oder Drogenproblem:

ja nein

Besteht eine Kontraindikation für einen Elektiveingriff?

ja nein

(z. B. konsumierende und immundefizitäre Erkrankungen, hormonproduzierende Tumoren, deutlich erhöhtes Risikoprofil durch ausgeprägte kardiopulmonale Funktionsstörungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen, schwere Gerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, kongenitale Fehlbildung des Magen-Darm-Traktes, Schwangerschaft, Abhängigkeit von Drogen/Alkohol, schwere psychische Erkrankungen, erhebliche Intelligenzminderung)

Wurden Erkrankungen, die z. B. psychiatrisch / psychosomatisch oder internistisch (z. B. Hypothyreose) zu behandeln sind, ausgeschlossen?

ja nein

Welche Gewichtsreduktionsversuche wurden bisher ärztlich begleitet durchgeführt?

Ernährungsberatung:

ja nein

Adipositasprogramme: (z. B. Optifast)

ja nein

Bewegungstherapie:

ja nein

Verhaltenstherapie:

ja nein

Weitere, z. B. Arzneimittel-Therapie;

ja nein

Bemerkungen:

Bitte weisen Sie oder Ihr/e Patient/in die durchgeführte Ernährungstherapie über einen Zeitraum von sechs Monaten durch einen Ernährungsmediziner/in und/oder eine anerkannte ernährungstherapeutische Berufsgruppe (z. B. Diätassistent/in oder Oecotrophologe/in) bzw. die Betreuung durch eine qualifizierte Einrichtung nach.

Wurde eine ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis in die Therapie einbezogen? Bitte beschreiben Sie stichpunktartig Art und Umfang dieser Intervention.

Soweit eine Ernährungstherapie im Rahmen einer Reha erfolgt ist, belegen Sie bitte, dass diese für insgesamt 6 Monate unter Kontrolle einer ernährungstherapeutischen Berufsgruppe ambulant fortgeführt wurde. Eigenständige Therapieversuche (diverse Diäten) oder kommerzielle Angebote (vergleichbar Weight Watchers, Formuladiäten) alleine sind nicht ausreichend.

Wie beurteilen Sie das Ernährungs- und Essverhalten Ihres/r Patienten/in?

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten, die die Entstehung einer Adipositas begünstigen (z. B. Binge-Eating, Bulimie)? ja nein

Wie schätzen Sie die Motivation Ihres/r Patienten/in ein?

Sind die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt? ja nein

Wurde der/die Patient/in über die Operation mit allen Risiken, langfristigen Folgen und die Notwendigkeit der lebenslangen Nachsorge aufgeklärt?

ja nein

Wie ist die postoperative Betreuung des/der Patienten/in organisiert?

a. In welcher Praxis/Klinik/medizinischen Einrichtung erfolgt die lebenslange postoperative Betreuung des Patienten?

b. Besteht ein Konzept zur lebenslangen Nachbehandlung (ggf, bitte Angaben über Art und Häufigkeit der Nachuntersuchungen) ?

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel:
