



Gemeinsam zum Erfolg

**Sozialmedizinischer Fragebogen für den MDK**  
(Auszufüllen vom Versicherten)

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

1. **Welche Operation ist geplant?** \_\_\_\_\_

**Wurden Sie ausführlich über diese OP aufgeklärt?**       JA       NEIN

**A) Anamnese:**

• Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

• Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

• Bisher höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

• Übergewicht seit: \_\_\_\_\_ Lebensjahr

• Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg

– Berufliche Tätigkeit:

– Familiäre Situation:

– Behinderungen, Pflegestufe:

**B) Welche Diäten wurden WANN durchgeführt?**

1. Diät/ Programm von... - bis ... mit Angabe Gewichtsverlust und -zunahme (Bei Bedarf extra Blatt beifügen und Anlage nummerieren) :

---

---

---

---

---

---

---

- 2. Waren Sie wegen des Übergewichtes bereits in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha – Leistung)?**

Wo? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Dauer der Maßnahme? \_\_\_\_\_

Abnahme? \_\_\_\_\_

- 3. Haben Sie an einer Ernährungsberatung bei einem/r Ernährungsberater/in oder einen Ernährungsmediziner teilgenommen?**

Zeitraum? \_\_\_\_\_

- 4. Welche Bewegungstherapien haben Sie bisher durchgeführt?**

---

---

---

---

---

– Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige körperliche Aktivität:

---

---

---

---

5. Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen?  JA  NEIN

Zeitraum? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

– Wurden Sie im Rahmen einer professionellen Ernährungsberatung über Verhaltensmaßnahmen begleitend zur Gewichtsreduktion und zur Aufrechterhaltung des Erfolges geschult?

Ja, bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Haben Sie versucht, durch Medikamente Ihr Gewicht zu reduzieren? Wenn ja welche?

---

---

---

C) Angaben zum Essverhalten:

1. Welche Lebensmittel bevorzugen Sie (z.B. deftige Kost, Süßes, Fastfood?)

---

---

---

**2. Welche Getränke inkl. Mengenangabe, nehmen Sie gerne zu sich?**

---

---

**3. Leiden Sie Heißhunger-, Essattacken, die Sie nicht kontrollieren können?  
Auch nachts?**

---

---

---

**D) Vorerkrankungen:**

**1. Wurden Sie bisher wegen Adipositas oder Begleiterkrankungen bei folgenden Fachgebieten behandelt und weswegen?**

**Innere Medizin/Allgemeinmedizin:**

JA

NEIN

– Hypertonie:

JA

NEIN

– Diabetes:

JA

NEIN

– Fettstoffwechselstörung:

JA

NEIN

– Schilddrüsenerkrankung:

JA

NEIN

– Herzerkrankung:

JA

NEIN

– Lungenerkrankung:

JA

NEIN

– Adipositas:

JA

NEIN

– Andere: \_\_\_\_\_

JA

NEIN

**Orthopädie:**

JA

NEIN

**Nervenheilkunde/Psychologie:**

JA

NEIN

mit welcher Therapie:

° Psychotherapie

JA

NEIN

° Verhaltenstherapie

JA

NEIN

° Medikamente

JA

NEIN

**E) In welcher Einrichtung soll die Operation durchgeführt werden?**

---

---

---

---

**F) Wer übernimmt die Nachsorge und Betreuung nach der OP?**

---

---

---

---

**G) Für welchen Zeitraum ist eine Weiterbehandlung nach der Operation geplant?**

---

---

---

---

**H) Welcher Hausarzt/Hausärztin behandelt aktuell Ihr Übergewicht?**

---

---

---

---

Ich bin mit einer Befundanforderung durch den MDK bei den genannten Einrichtungen und Behandler/n einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift