Adipositassprechstunde St. Elisabethen Krankenhaus

# Basisinformationen Patient

Name, Vorname

Email-Adresse

Handy-Nummer

Kontaktperson

**Hausarzt:**

Frau/Herr:

Strasse

PLZ; Ort

**Weitere behandelnde Ärzte:**

Frau/Herr:

Strasse

PLZ; Ort

**Weitere behandelnde Ärzte:**

Frau/Herr Dr. med.:

Strasse

PLZ; Ort

**Psychotherapeut:**

Frau/Herr

Strasse

PLZ; Ort

Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Angaben für die weitere Behandlung verwendet werden dürfen.

**Datum** **Unterschrift des Patienten**

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

# Ihr Weg zur Adipositastherapie

**Infoabend**
Sie werden umfassend über Ursachen, Therapiemöglichkeiten und chirurgische Eingriffe wie Schlauchmagen oder Magenbypass informiert.

**Terminvereinbarung**
Hana Karimi, Dipl. oec. troph. (Uni.)
Ernährungstherapie
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Erstgespräch / Ernährungsberatung**
Sie werden von unseren Experten beraten.
Wir gehen gemeinsam Ihre Patientenformulare durch,
Sie erhalten eine erste Einschätzung sowie erste Hilfestellungen.

**Therapieentscheidung**
Ihre Untersuchungsergebnisse liegen uns vollständig vor – gemeinsam mit unserem Experten treffen wir im Adipositas Board eine Entscheidung für das weitere Vorgehen in Ihrem Fall.

**endoskopische Verfahren**

**Operation**

**medikamentöse Therapie**

**Nachsorge**
Nach einer Therapie ist es nicht nur sinnvoll, sondern auch wichtig regelmäßig Kontrollen durchzuführen, so können Komplikationen frühzeitig erkannt werden und mögliche Folgen vermieden werden.

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

# Ernährungsberatung

**Wer wir sind?**
Im Frankfurter Adipositaszentrum am St. Elisabethen Krankenhaus bieten wir Ihnen eine ganzheitliche, nachhaltige und individuell abgestimmte Unterstützung bei der Gewichtsreduktion und der Verbesserung Ihrer Lebensqualität.

Unser interdisziplinäres Expertenteam vereint alle wichtigen medizinischen Fachrichtungen unter einem Dach und begleitet Sie professionell auf jedem Schritt Ihres Weges – mit innovativen Behandlungsansätzen und persönlicher Betreuung, die Ihre Gesundheit umfassend fördern und stabilisieren.

**Warum lohnt sich eine Ernährungsberatung?**
Weil es keine Standardlösung gibt. Wir passen die Beratung an Ihren Alltag und Ihre Bedürfnisse an – egal ob Sie Ihr Gewicht durch eine Operation oder auf nicht operativem Weg reduzieren möchten.

## Wie kann ich einen Termin zur Ernährungsberatung buchen?

Termine können telefonisch vereinbart werden.
Die Beratungen erfolgen vor Ort.

Wenden Sie sich dafür direkt an:
**Hana Karimi**
Dipl. oec. troph. (Uni.)
Ernährungstherapie
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

Wir freuen uns, Sie beim ersten Termin kennenzulernen!



ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS
FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

# Voraussetzung für eine Operation

Um eine Operation durchführen zu können, müssen verschiedene Unterlagen vorliegen.
Ob ein Antrag notwendig ist, entscheidet der Arzt.

| Unterlagen | noch zu erledigen | erledigt |
|---|---|---|
| Einweisung in die Chirurgie von Hausarzt | | |
| Psychologisches Attest/ Gutachten | | |
| Attest vom Hausarzt/ Diabetologe/ Frauenarzt/ Kardiologe/ Phlebologe | | |
| Aktuelles Labor: TSH, fT3, fT4 und Cortisol | | |
| Endokrinologisches Attest | | |
| Gastroskopie (Magenspiegelung) | | |
| Schlaflabor Bericht / Pulmologe | | |
| Teilnahmebescheinigung an Info-Abend (im Haus) | | |
| Nachweis Ernährungsberatung (6 Monate) | | |
| Nachweis Bewegung (6 Monate) Oder Attest von Orthopäden | | |
| 14 Tage Ernährungsprotokoll bei<br>☐ Erstvorstellung & vor Operation<br>☐ Jedem Besuch | | |
| Medikamentenliste | | |
| Sonstiges: | | |

Wir bitten Sie, sich **ausschließlich per Whats APP** unter Telefonnummer **0177 4514266** bei Frau Funk zur Teilnahme an der Selbsthilfe-Gruppe anzumelden.

Wenn Ihnen alle Unterlagen vollständig vorliegen, bitten wir um kurze Information an
**Hana Karimi, Dipl. oec. troph. (Uni.)**
Ernährungstherapie
T (069) 7939-4246
adipositas-frankfurt@artemed.de

# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

## Erhebungsbogen für das Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

## Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

## Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: ◯ weiblich ◯ männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: _____

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? _____ kg in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ◯ Nein ◯ Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch ◯ Nein ◯ Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:
◯ ohne Abschluss ◯ Hochschulreife
◯ Hauptschule / Volksschule ◯ anderer
◯ Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?
◯ keine ◯ Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
◯ noch in Ausbildung ◯ anderer
◯ Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?
◯ nicht erwerbstätig ◯ Hausfrau/Hausmann
◯ Vollzeit (> 35 h/Woche) ◯ arbeitsunfähig
◯ Teilzeit (15 - 35 h/Woche) ◯ berentet
◯ Teilzeit (< 15 h/Woche) ◯ anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mutter: | ◯ Nein | ◯ Ja | ◯ Unbekannt | |
| Vater | ◯ Nein | ◯ Ja | ◯ Unbekannt | |
| Kind(er): | ◯ Nein | ◯ Ja | ◯ Keine Kinder | ◯ Unbekannt |
| Geschwister: | ◯ Nein | ◯ Ja | ◯ Keine Geschwister | ◯ Unbekannt |

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) ◯ frei ◯ nur mit Hilfsmitteln ◯ sehr eingeschränkt (immobil)

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

| | | |
|---|---|---|
| Diabetes Typ 1 | ◯ Nein ◯ Ja | Seit (Jahr): _____ |
| Diabetes Typ 2 | ◯ Nein ◯ Ja | Seit (Jahr): _____ |
| Bluthochdruck | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) | ◯ Nein ◯ Ja | ☐ CPAP-Behandlung / -Maske |
| Fettstoffwechselstörung | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Harnsäureerhöhung / Gicht | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom) | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Gelenkerkrankungen/schmerzen | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Welche: | | |
| Leiden Sie unter Depressionen? | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Leiden Sie unter Harninkontinenz? | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Leiden Sie unter Sodbrennen | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung? | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen? | ◯ Nein ◯ Ja | |
| Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre) | ◯ Nein ◯ Ja | Seit wann: _____ |

## Medikamente

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.
Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Gallenblasenentfernung | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Blinddarmentfernung | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Adipositas-Operation in der Vorgeschichte | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | im Jahr: _____ | |
| Operationen am Magen | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | | |
| Operationen am Darm | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | | |
| Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen) | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | | |
| andere Operationen am Bauch | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | | |
| Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen) | ◯ Nein | ◯ Ja, offene OP | oder | ◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik |
| Welche: _____ | | | | |

Sonstige Operationen:

# Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ◯ Nein ◯ Ja

Essen Sie nachts? ◯ Nein ◯ Ja

Haben Sie Essanfälle? ◯ Nein ◯ Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag _____

Neben-Mahlzeiten pro Tag _____

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) _____

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1
- ◯ Keine
- ◯ Stationäre/Reha
- ◯ andere (ärztlich begleitet)
- ◯ Optifast
- ◯ Weight Watchers
- ◯ Multimodales Therapiekonzept
- ◯ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:
- ◯ Keinen
- ◯ bis 10 kg
- ◯ 11 - 20 kg
- ◯ 21 - 30 kg
- ◯ mehr als 30 kg
- ◯ unbekannt

Abnehmversuch 2
- ◯ Keine
- ◯ Stationäre/Reha
- ◯ andere (ärztlich begleitet)
- ◯ Optifast
- ◯ Weight Watchers
- ◯ Multimodales Therapiekonzept
- ◯ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:
- ◯ Keinen
- ◯ bis 10 kg
- ◯ 11 - 20 kg
- ◯ 21 - 30 kg
- ◯ mehr als 30 kg
- ◯ unbekannt

Abnehmversuch 3
- ◯ Keine
- ◯ Stationäre/Reha
- ◯ andere (ärztlich begleitet)
- ◯ Optifast
- ◯ Weight Watchers
- ◯ Multimodales Therapiekonzept
- ◯ andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: _____

Dauer in Monaten: _____

Gewichtsverlust in kg:
- ◯ Keinen
- ◯ bis 10 kg
- ◯ 11 - 20 kg
- ◯ 21 - 30 kg
- ◯ mehr als 30 kg
- ◯ unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?
- ◯ Nein
- ◯ weniger als 1 Stunde pro Woche
- ◯ 1 bis 2 Stunde pro Woche
- ◯ mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche _____

StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

# Fragebogen zur Lebensqualität (BQL)

| | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | teils/ teils | stimmt eher | stimmt vollkommen |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden. | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 2. Ich akzeptiere mein Gewicht. | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |

| | schlecht | weniger gut | teils/ teils | gut | sehr gut |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität? | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |

| | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | teils/ teils | stimmt eher | stimmt vollkommen |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.) | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte). | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie) | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt. | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 8. Ich fühle mich manchmal depressiv. | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden. | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |

| 10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt. | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | teils/ teils | stimmt eher | stimmt vollkommen |
|---|---|---|---|---|---|
| a) im Haushalt | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| b) im Beruf | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| c) im Privatleben | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 11. Ich bin selbstsicher | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |

Name, Vorname _____

# Angaben zum Ess- und Trinkverhalten

**Wie oft haben Sie Heißhungerattacken?**

☐ Mehrfach täglich ☐ täglich ☐ mehrfach wöchentlich ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ nie

**Was naschen/snacken Sie am häufigsten?**

**Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?** ☐ ja ☐ nein ☐ meistens ☐ andere

**Essen Sie außer Haus?** ☐ täglich ☐ mehrfach ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ nie

**Ihr durchschnittlicher Verzehr von Lebensmitteln:**

| Häufigkeit | täglich | mehrmals die Woche | ca. 1x pro Woche | mehrmals pro Woche | selten/nie |
|---|---|---|---|---|---|
| **Getreideprodukte/Kartoffeln** | | | | | |
| Vollkornbrot/-brötchen | | | | | |
| Müsli, Flocken | | | | | |
| Kartoffeln, Reis, Nudeln | | | | | |
| **Milch/Milchprodukte** | | | | | |
| Käse | | | | | |
| Joghurt, Quark, Milch | | | | | |
| **Fleisch/Wurst/Fisch/Ei** | | | | | |
| Fleisch | | | | | |
| Wurstwaren | | | | | |
| Fisch | | | | | |
| Eier | | | | | |
| **Obst/Gemüse** | | | | | |
| Gemüse/Salat | | | | | |
| Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Soja, Kichererbsen) | | | | | |
| Obst | | | | | |
| **Genussmittel** | | | | | |
| Gebäck, Kuchen, Torte | | | | | |
| Süßigkeiten/Schokolade | | | | | |
| Salzige Knabbereien | | | | | |

Name, Vorname _____

**Wie viel Flüssigkeit trinken Sie ungefähr täglich?** Von _____ bis _____ Uhr

| Getränke | täglich | | wöchentlich | | monatlich | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wasser | | Liter | | Liter | | Liter |
| Kaffee | | Tasse | | Tasse | | Tasse |
| Tee | | Tasse | | Tasse | | Tasse |
| Fruchtsäfte | | Liter | | Liter | | Liter |
| Schorlen | | Liter | | Liter | | Liter |
| Limonaden/Cola | | Liter | | Liter | | Liter |
| Energy Drinks | | Dose | | Dose | | Dose |
| Light Getränke | | Liter | | Liter | | Liter |
| Alkohol | | Glas/Flasche | | Glas/Flasche | | Glas/Flasche |

**Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, was auf Sie zutrifft:**

| Mein übliches Verhalten | immer | meistens | ab und zu | nie |
|---|---|---|---|---|
| Ich esse langsam | | | | |
| Ich kaue meine Speisen gut | | | | |
| Ich nehme mir Zeit zum Essen | | | | |
| Ich esse bewusst und ohne Ablenkung (PC, Arbeitsplatz) | | | | |
| ich genieße mein Essen | | | | |

**Wann ist gewöhnlich Ihre Hauptmahlzeit?**

☐ Mittags ☐ Abends ☐ unterschiedlich

| Mahlzeitenfrequenz: Wie oft essen Sie täglich für gewöhnlich? | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frühstück | Vormittags | Mittagessen | Nachmittags | Abendessen | Später |
| Täglich | | | | | | |
| Jeden 2. Tag | | | | | | |
| Selten | | | | | | |
| nie | | | | | | |

**Wie groß sind Ihre Mahlzeiten? (Im Vergleich zu anderen)**

☐ Kleine Portionen ☐ normale Portionen ☐ große Portion

# Bewegungsprotokoll

Name, Vorname _____

Soweit vorhanden, bitte Nachweise beifügen.

| **Bewegungsart**<br>z.B Nordic Walking, Schwimmen etc. | **Zeitraum**<br>z.B. von Jan 2023- Mai 2023 | **Bewegungseinheiten pro Woche**<br>z.B. 2 mal pro Woche | **Dauer der Bewegung**<br>z.B. 30 Minuten |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Version 01, 01.04.2025

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS
FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025

Name, Vorname _____

# Essprotokoll

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

**Datum** _____ ☐ **Arbeitstag/Alltag** ☐ **Freier Tag/Wochenende** ☐ **Urlaub**

| Uhrzeit | Speise/Menge | Getränke/Menge | Anmerkung, Situation, Länge der Mahlzeit |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bewegung | | | |
| | | | |

ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS FRANKFURT

**Frankfurter Adipositaszentrum**
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. med. M. Elshafei, FACS
Stellvertreter: Oberarzt S. Aktas
T 069 7939-4246
adipositaszentrum-frankfurt@artemed.de

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt

Version:_01_2025, Freigabe: Dr. M. Elshafei, Datum: 01.04.2025