Evaluationsbogen unter GLP-1/GIP-Therapie

Name: **Vorname:**

1. **Wie geht es Ihnen auf einer Skala von 1 - 10?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sehr schlecht sehr gut

2. **Wie zufrieden sind Sie mit dem Gewichtsverlauf?**

sehr unzufrieden	unzufrieden	mittel	zufrieden	sehr zufrieden

3. **Bestehen aktuell Nebenwirkungen der Adipositas-Medikamente?**

◯ Übelkeit
◯ Durchfall
◯ Bauchschmerzen
◯ Sehstörungen

Ist ihnen sonst etwas medizinisch Wichtiges aufgefallen (z.B. Regelblutung hat wieder eingesetzt):

_____

4. **Aktuelle Blutwerte (optional, ggf. beilegen)**

5. **Hat sich die Medikamenteneinnahme zur Therapie der Adipositas-Begleiterkrankungen im Vergleich zur Voruntersuchung verändert?**

◯ nein, ist gleich geblieben ◯ hat sich verringert
◯ hat sich erhöht ◯ werden sonst keine Medikamente

6. **Wie haben Sie bisher die nötigen Lebensstil-Änderungen umgesetzt?**

- Ernährungsgewohnheiten siehe Ernährungsprotokoll
- Machen Sie aktuell Sport? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, welcher Sport? _____

Wöchentliche Häufigkeit/Zeitdauer je Einheit _____ __

7. **Gewichtsentwicklung (siehe BIA-Messung)**

8. **Wie ist das Sättigungsgefühl im Vergleich zur Voruntersuchung?**

weniger	gleich	mehr

9. **Wie kommen Sie mit den durch die Abnehmmedikamente entstehenden Kosten zurecht?**

schlecht	mittel	gut

10. **Ist Ihnen sonst irgendetwas aufgefallen?** _____

11. **Gemeinsame Entscheidung: Steigerung der Dosis**? ◯ senken ◯ gleichbleiben ◯ steigern

Copyright: BDEM, AG Adipositas. Version 1.0, 19.9.2026