

## 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  divers

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1  Nein  Ja

Diabetes Typ 2  Nein  Ja

Bluthochdruck  Nein  Ja, ohne med. Therapie  Ja, mit med. Therapie

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)  Nein  Ja  CPAP-Behandlung/-Maske

Fettstoffwechselstörung  Nein  Ja, ohne med. Therapie  Ja, mit med. Therapie

Harnsäureerhöhung / Gicht  Nein  Ja, ohne med. Therapie  Ja, mit med. Therapie

Leiden Sie unter Sodbrennen  Nein  Ja, ohne med. Therapie  Ja, mit med. Therapie

Leiden Sie unter Depressionen?  Nein  Ja, aktuell  Ja, in der Anamnese

Sind Sie Raucher?  Nein  Ja