

## 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                            | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Diabetes Typ 2                            | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Bluthochdruck                             | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung / -Maske |
| Fettstoffwechselstörung                   | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Harnsäureerhöhung / Gicht                 | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Leiden Sie unter Sodbrennen               | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |
| Leiden Sie unter Depressionen?            | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |   |