

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

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

Fettstoffwechselstörung ☐ Nein ☐ Ja

Harnsäureerhöhung / Gicht ☐ Nein ☐ Ja

Leiden Sie unter Sodbrennen ☐ Nein ☐ Ja

Leiden Sie unter Depressionen? ☐ Nein ☐ Ja