



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

FRAGEBOGEN FÜR StuDoQ-REGISTRIERUNG

– Metabolische & Bariatrische Erkrankungen

Datum der Erstvorstellung: _____

Hausarzt (Name/Adresse): _____

Größe: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Tailenumfang: _____

Hüftumfang: _____

Mobilität: _____

Angaben zur Person:

Maximalgewicht _____

Raucher _____
(Zigaretten/Tag)

Übergewicht besteht seit _____

Alkohol _____
(Art/Häufigkeit/Menge)

Schulabschluss _____

Partnerschaft seit _____

Berufsausbildung _____

Kinder Ja Nein

Derzeitige Erwerbstätigkeit _____

Anzahl Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch Ja Nein

Vorerkrankungen

Medikamente

Vor-Operationen



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Fettleibigkeit / Übergewicht in der Familie bei:

Mutter	Ja	Nein
Vater	Ja	Nein
Geschwister	Ja	Nein
Kinder	Ja	Nein

Essverhalten:

Täglich Süßigkeiten	Ja	Nein
Nächtliches Essen	Ja	Nein
Essanfälle	Ja	Nein

Hauptmahlzeiten _____ x / Tag
Zwischenmahlzeiten _____ x / Tag
Zuckerhaltige Getränke _____ l/ Tag

Letzte 3 Abnehmversuche:

Versuch 1:

Art der Diät/Maßnahme: _____

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust (kg): _____

Versuch 2:

Art der Diät/Maßnahme: _____

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust (kg): _____



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Versuch 3:

Art der Diät/Maßnahme: _____

Jahr: _____

Dauer (Monate): _____

Gewichtsverlust (kg): _____

Körperliche Aktivität (pro Tag):

Keine

< 1h

1–2 h

>2 h

Die Angaben im Kasten werden bei Vorstellung vom medizinischen Personal eingetragen.

BQLS-Index _____

Eating-Disorder-Untersuchung

k.A.

Ja

Nein

Wilhelmshöhe Allee 262
34131 Kassel

Telefon: +49 561. 81 50 44 88

Fax: +49 561. 81 50 44 87

kontakt@adipositaszentrum-kassel.de
www.adipositaszentrum-kassel.de