



Name, Vorname:

Geburtsdatum:



FRAGEBOGEN FÜR StuDoQ-REGISTRIERUNG – Metabolische & Bariatrische Erkrankungen

Datum der Erstvorstellung: _____

Hausarzt (Name / Adresse):

Größe:

BMI:

Hüftumfang:

Gewicht:

Tailenumfang:

Mobilität:

Angaben zur Person:

Maximalgewicht

Übergewicht besteht seit

Partnerschaft seit

Kinder

Unerfüllter Kinderwunsch

Schulabschluss

Berufsausbildung

Derzeitige Erwerbstätigkeit

Raucher (Zigaretten/Tag) _____

Alkohol (Art/Häufigkeit/Menge)

Anzahl:

Ja Nein

Ja Nein

Vorerkrankungen

Medikamente

Vor-Operationen



Fettleibigkeit / Übergewicht in der Familie bei:

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mutter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vater | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geschwister | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kinder | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
-

Essverhalten:

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Täglich Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nächtliches Essen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Essanfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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): _____



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

Wilhelmshöher Allee 262
34131 Kassel

Telefon: +49 561. 8150 44 88

Fax: +49 561. 8150 44 87

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