

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

BQLS – BARIATRIC QUALITY OF LIFE SURVEY

Leiden Sie unter:

Erbrechen	Ja	Nein
Saurem Aufstoßen	Ja	Nein
Sodbrennen	Ja	Nein
Übelkeit	Ja	Nein
Durchfall	Ja	Nein
Blähungen	Ja	Nein
Stinkender Stuhl	Ja	Nein
Blasenfunktionsstörungen/Inkontinenz	Ja	Nein
Haarausfall	Ja	Nein
Gallensteine / Gallenblasentfernung	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Bluthochdruck	Ja	Nein
Asthma/Schlafapnoe	Ja	Nein
Gelenkschmerzen	Ja	Nein
Gicht	Ja	Nein
Sonstiges:		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Orale Antidiabetika	Ja	Nein
Insulin	Ja	Nein
Bluthochdruckmedikamente	Ja	Nein
Antidepressiva	Ja	Nein
Appetitzügler	Ja	Nein
Diuretika	Ja	Nein
Schmerzmittel	Ja	Nein



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

BQLS – BARIATRIC QUALITY OF LIFE SURVEY

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an, was auf Sie am ehesten zutrifft:

	Absolut zutreffend	Zutreffend	Halb zutreffend	Falsch	Total falsch
Ich mag mein Gewicht	5	4	3	2	1
Ich akzeptiere mein Gewicht	5	4	3	2	1
Ich trainiere regelmäßig	5	4	3	2	1
Ich bin sozial aktiv	5	4	3	2	1
Ich treffe mich mit Freunden	5	4	3	2	1
Ich bin insgesamt zufrieden	5	4	3	2	1
Ich bin selbstbewusst	5	4	3	2	1
Ich werde gemieden	1	2	3	4	5
Ich stehe unter Druck	1	2	3	4	5
Ich bin deprimiert	1	2	3	4	5
Ich fühle mich eingeschränkt:					
Zuhause	1	2	3	4	5
Bei der Arbeit	1	2	3	4	5
In der Freizeit	1	2	3	4	5

SCORE: _____