

## FRAGEBOGEN FÜR StuDoQ-REGISTRIERUNG – Metabolische & Bariatrische Erkrankungen

Datum der Erstvorstellung: \_\_\_\_\_

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

Größe:	_____	Gewicht:	_____
BMI:	_____	Tailenumfang:	_____
Hüftumfang:	_____	Mobilität:	_____

### Angaben zur Person:

Maximalgewicht	_____	im Jahr	_____
Übergewicht besteht seit	_____	Lebensjahr	_____
Partnerschaft seit	_____		
Kinder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schulabschluss	_____		
Berufsausbildung	_____		
Derzeitige Erwerbstätigkeit	_____		

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

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