



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



Medizin für mich!

## 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  Ja  Nein

Unerfüllter Kinderwunsch  Ja  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

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