



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)

Partnerschaft seit

Kinder

Ja

Nein

Anzahl:

Unerfüllter Kinderwunsch

Ja

Nein

Schulabschluss

Berufsausbildung

Derzeitige Erwerbstätigkeit

Vorerkrankungen

Medikamente

Vor-Operationen



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): _____



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



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wilhelmshöher Allee 262
34131 Kassel

Anmeldung +49 561.8150 4488

Fax +40 561.8150 4487

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

BQLS – BARIATRIC QUALITY OF LIFE SURVEY

Leiden Sie unter:

Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Saurem Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blähungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stinkender Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blasenfunktionsstörungen/Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haarausfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gallensteine / Gallenblasentfernung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma/Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Orale Antidiabetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Insulin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Appetitzügler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diuretika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wilhelmshöher Allee 262
34131 Kassel

Anmeldung +49 561.8150 4488

Fax +40 561.8150 4487

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

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
An der Arbeit	1	2	3	4	5
In der Freizeit	1	2	3	4	5

SCORE: _____