

## Allgemeine Fragen

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Ich habe die folgenden Fragen mit meinem Hausarzt besprochen ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

- |   |                            |  |   |   |   |
|---|----------------------------|--|---|---|---|
| Diabetes Typ 1                            | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Diabetes Typ 2                            | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Bluthochdruck                             | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Fettstoffwechselstörung                   | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Harnsäureerhöhung / Gicht                 | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Leiden Sie unter Sodbrennen               | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |
| Leiden Sie unter Depressionen?            | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, wie vor der OP | <input type="radio"/> Ja, besser als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, schlechter als vor der OP | <input type="radio"/> Ja, neu aufgetreten |