Formulář pro zájemce o bariatrickou operaci

Jméno:

Příjmení:

Datum narození/věk:

Telefonní kontakt:

Číslo zdravotní pojišťovny:

Výška:

Váha:

Byl/a jste někdy operován pro obezitu?

Máte přidružená onemocnění? (pište ANO/NE)

1. Cukrovka 2. typu
2. Vysoký krevní tlak
3. Vysoké TAG (obsah tuků) v krvi
4. Steatóza jater (ztučnělá játra)
5. Syndrom spánkové apnoe (zástava dechu ve spánku)
6. Hormonální nerovnováha (syndrom polycystických vaječníků)

Jak dlouho již uvažujete o chirurgickém řešení?

Navštěvoval/a jste někdy obezitologa či nutriční poradnu? Prosím popište (jak dlouho, kolikrát, dosažené výsledky, atd..)