

1. Nazwisko i imię
2. Wiek
3. Adres zamieszkania/ miasto
4. Telefon

WZROST I MASA:

Aktualna masa ciała (kg) kg

Wzrost (cm) cm

Maksymalna masa ciała kg

BMI aktualne kg/m²

CHOROBY DODATKOWE:

Czy chorujesz na **cukrzycę**? TAK NIE

Czy chorujesz na **nadciśnienie tętnicze**? TAK NIE

Czy chorujesz na **bezdech senny** TAK NIE

Czy przebyłeś już **zabieg bariatryczny** TAK NIE

INNE WAŻNE INFORMACJE MEDYCZNE/ przebyte operacje:

Po wypełnieniu prześlij formularz na adres

p.lech@szpital.olsztyn.pl

lub

lechpawel@op.pl

W e-mailu zwrotnym poinformujemy czy w Twoim przypadku istnieją wskazania do leczenia operacyjnego i ustalimy dalsze postępowanie.

Dane zgromadzone w formularzu będą wykorzystane jedynie przez lekarzy Naszego Oddziału. Dane z tego kwestionariusza nie są nikomu udostępniane, służą jedynie do obliczeń statystycznych i naukowych badań porównawczych w ramach pracy ośrodka chirurgicznego leczenia otyłości oraz w celu kwalifikacji Państwa do zabiegu operacyjnego.