* Дата обращения:
* Фамилия, имя, отчество:
* Число, месяц, год рождения:
* Адрес (полный с почтовым индексом):
* Телефон:
* Дом.тел: Раб.тел: Моб.тел:
* E-mail:
* Профессия:
* Семейное положение:
* Кто рекомендовал обратиться к нам?
* Исходная масса тела:
* Дата последнего взвешивания:
* Ваш рост:
* **Выделенное цветом заполняет специалист**
* …………….% от нормы
* Идеальная масса тела………кг
* Избыточная масса тела…….кг…………………….% от нормы
* Индекс массы тела………………кг/м2
* Объем талии: Объем бедер:
* Наблюдалось ли увеличение массы тела в детстве?   
  Если да, то с какого возраста?
* Страдали ли ожирением родственники?   
  Если да, указать кто именно?
* Сколько лет Вы имеете избыточную массу тела?
* Какая максимальная масса тела у Вас наблюдалась?   
  Когда?
* Какую массу тела Вы считаете для себя оптимальной?
* С чем Вы связываете причину увеличения массы тела?
* Какие попытки Вы уже предпринимали для снижения массы тела?
* Каким был результат?
* Работаете ли Вы? Кем?
* Влияет ли избыточная масса тела на Вашу работу?
* Выполнялись ли Вам раньше какие-либо операции?  
  Если да, то где и в связи с чем?
* Сколько раз в сутки Вы принимаете пищу?
* На какое время суток приходится основная пищевая нагрузка?
* Какие продукты предпочитаете?
* Много ли Вы употребляете сладкого?
* Курите ли Вы?
* Количество употребляемого алкоголя (в день, в неделю)?
* Употребляли ли Вы наркотики?
* Имеется ли аллергия (на лекарства, пищевые продукты)?

* **СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
* Артериальная гипертензия
  + Длительность?
  + Максимальные цифры АД?
  + Принимаемые препараты?
  + Чем проявляются подъемы давления?
* Сахарный диабет
  + Длительность?
  + Уровень глюкозы в крови?
  + Применяемые сахароснижающие препараты?
  + Суточная доза инсулина?
  + Значение гликированного гемоглобина (HbA1c)?
* Синдром апноэ во сне (остановка дыхания во сне)?
  + Наблюдались ли остановки дыхания во время сна?
  + Как часто просыпаетесь ночью?
  + Чувствуете ли удушье в ночное время?
  + Засыпаете ли в дневное время?   
    Если да, то сколько раз за день?
  + При какой нагрузке начинаете чувствовать одышку?
* Боли в суставах
  + Какие суставы беспокоят?
  + Сколько лет?
  + Какие лекарства применяете при болях?
* Венозная (лимфовенозная) недостаточность
  + Имеется ли варикозное расширение вен?
  + Лимфостаз?
  + Были ли язвы на ногах?
  + Болели ли в прошлом тромбофлебитом?
* Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)
  + Имеются ли у Вас камни в желчном пузыре?
  + Были ли оперированы в связи с ЖКБ?   
    Если да, то каким способом?
  + Беспокоят ли Вас боли в животе?
* Мочекаменная болезнь
  + Находили ли у Вас камни в почках?
  + Беспокоили ли приступы почечной колики?
* Рефлюкс-эзофагит
  + Беспокоит ли изжога?   
    Если да, то как часто?
  + С чем Вы связываете ее появление?
  + Длительность проявлений?
* Неудержание мочи
  + При каких обстоятельствах имеет место (кашель, физическая нагрузка)?
* Проблемы, связанные с работой кишечника
  + Страдаете ли Вы поносами? Запорами?
  + Имеются ли у Вас проктологические заболевания (геморрой, анальные трещины, парапроктиты)?
* Нарушение менструального цикла у женщин
  + Нарушение месячного цикла (характер и где лечились)?
  + Страдаете ли бесплодием?
  + Намерены ли Вы рожать в будущем?
* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
  + Имело ли место наличие язвенной болезни?
  + Чем лечились?
  + Результаты последнего обследования?
* Боли в позвоночнике
  + В какой области (шея, спина,поясница,крестец)?
  + Как часто беспокоят?
  + С какого времени?
  + Предпринимаемые меры?
* Грыжи брюшной стенки
  + Если есть, то какая (паховая, пупочная, послеоперационная)?
* Другие заболевания (астма, аритмия, гепатит, стенокардия, травмы, операции)?
* Были ли в прошлом черепно-мозговые травмы?
* Наблюдалась ли у Вас депрессия?   
  Если да, то что предпринимали?  
  Связываете ли Вы депрессию с наличием избыточной массы тела?
* Есть ли у Вас ощущение своей неполноценности?  
  Если да, в чем проявляется?
* Отражаются ли Ваши эмоции на аппетите?  
  Если да, то как именно (У Вас повышается аппетит, «заедаете» стресс, появляется отвращение к еде?)
* Как Вы оцениваете свое качество жизни?  
  Связываете ли Вы снижение качества жизни с избыточной массой тела?
* Почему Вы решили прибегнуть к хирургическому (бариатрическому) методу лечения?
* Считаете ли Вы себя способным соблюдать все необходимые рекомендации, связанные с бариатрическими вмешательствами?
* Дополнительная информация, которую Вы бы хотели сообщить о себе
* Дата:
* Подпись: