



Anamnesis Questionnaire

My desired weight loss procedure is:

- Gastric band Swallowable gastric balloon SPATZ balloon (12 months)
 Gastric balloon (6 months)

Your contact details: Completed on:20.....

Surname:	Name:
Address:	Gender: <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> male
	Phone no.:
E-mail:	Date of birth:

Please, fill out the following questionnaire. Information provided by you will help us indicate an appropriate medical treatment for you. Furthermore, the data gathered by this questionnaire will allow us to predict contraindications to your treatment even before you visit our clinic. Please ignore the text in *italics* which is intended to help our non-English speaking employees.

Waist:.....cm **Hips:**.....cm
(obvod břicha) *(obvod hýždí)*

BMI:..... **Height:**.....cm **Weight:**.....kg

The lowest weight (since the age of 18):.....kg, at the age ofyears old
(nejnižší váha od 18 let) *(ve věku)*

Maximum weight (except pregnancy):.....kg, at the age ofyears old
(nejvyšší váha mimo těhotenství) *(ve věku)*

Personal weight target:.....kg
(cíľ redukce hmotnosti)

Reasons for weight reduction: health social aesthetic
(Vaše důvody k redukci) *(zdravotní)* *(sociální)* *(estetické)*

Other:.....

Your personal health history – diseases:

(Vaše onemocnění)

Heart and vessel diseases: high blood pressure cardiac arrhythmia angina pectoris
(srd. a cévní nemoci) *(hypertenze)* *(poruchy srd. rytmu)*

breathlessness thrombosis infarct stroke
(dušnost) *(trombóza)* *(infarkt myokardu)* *(mrtvice)*

cardiac defect (if yes, which one)
(srd. vady)

Gastrointestinal diseases *(onemoc. žaludku/střevní nemoc.):*

diabetes hepatitis, if yes, which one? A B C

hiatus hernia fatty liver cirrhosis gallstones
(steatóza jater) *(cirhóza jater)* *(žluč. kameny)*

Pulmonary and respiratory diseases: asthma chronic bronchitis

(nemoci dýchacích cest, plic)

chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Malignancy: (malignity).....

Operations: (operace)

Medication used: (léky, kt. užíváte).....

Other disease: (jiné onemocnění)

Professional occupation: (povolání).....

Physical activity during the day: very little sufficient high

(tělesná aktivita v průběhu dne) (nízká) (dostatečná) (vysoká)

Other physical activity: (druh tělesné aktivity)

Regular exercise: (pravidelný sport) yes no, if yes which:.....

For how long:....., **how many times per week:**.....

(jak dlouho)

(kolikrát v týdnu)

What do you do in your spare time? (Hobbies):

(činnost ve volném čase - záliby)

At what age did you start gaining weight? Since.....years of age.

(ve kterém věku jste začal/začla přibírat)

What is the main reason for gaining weight – based on your own point of view?

(co má podle Vás velký podíl na Vašem přibírání)

excessive food intake low physical activity pregnancy

(nadměrné přejídání)

(nízká tělesná aktivita)

(těhotenství)

maternity leave menopause marriage

(mateřská)

(klimakterium)

(vstup do manželství)

Stress factor (family or work issues):.....

(faktor stresu – rodinné nebo pracovní problémy)

Illness:..... Medicaments:.....

(nemoc)

(léky)

Career changes (new or changing of occupation):.....

(vstup nebo změna do zaměstnání)

military service other factors

(zákl. vojenská služba) (jiné faktory)

How often do you eat per day? **Do you have breakfast regularly?** Yes No

(kolikrát denně jíte)

(snídáte pravidelně)

Which meal is the largest during the day? morning noon afternoon evening

(která porce jídla je v průběhu dne největší)

(ráno, poledne, odpoledne, večer)

What time is your last meal?..... **Do you use sugar?** yes no

(v kolik hodin naposledy jíte)

(sladíte cukrem)

Do you use sweeteners? yes no

(sladíte sladidlem)



Do you eat: regularly irregularly like others less than others more than others
(jíte...) (pravidelně) (nepravidelně) (tak jako ostatní) (méně než ostatní) (více než ostatní)

less, but all the time, I am a sweet tooth
(méně, ale vždy, "mlsání")

Are you often hungry? never sometimes all the time
(máte pocit hladu) (vůbec nemám) (někdy) (neustále)

I am not hungry, but I have appetite for eating
(nemám hlad, ale chutě)

You prefer: meat, meat products products with high percentage of fat
(v jídelníčku dáváte přednost) (maso a masné výrobky) (potraviny s vysokým obsahem tuku)

milk and dairy products sweets baked products
(mléko a mléčné výrobky) (sladkosti) (moučné výrobky a pečivo)

vegetables, fruits I do not prefer any concrete products
(zelenina, ovoce) (neupřednostňuji žádné konkrétní potraviny)

As for to drink you prefer : water soda mineral water lemonade juice
(jaké nápoje upřednostňujete) (voda) (sodovka) (minerálka) (limonáda) (šťáva)

coffee tea beer wine spirits
(káva) (čaj) (pivo) (víno) (lihoviny)

other:.....

How many times have you tried to lose weight by dietary restrictions?.....
(kolikrát jste dodržel redukční režim)

It consisted of diet yes no **and regular exercise** yes no
(skládal se z diety) (cvičení)

Were you successful? How many times? (kolikrát jste byl/a úspěšný/á).....

How many kilograms did you managed to loose? (o kolik kg jste zhubl/a).....

How much did you eat daily?..... kJ kcal
(a při jakém denním příjmu kJ, kcal)

How long did the diet take?.....
(a za jak dlouhou dobu)

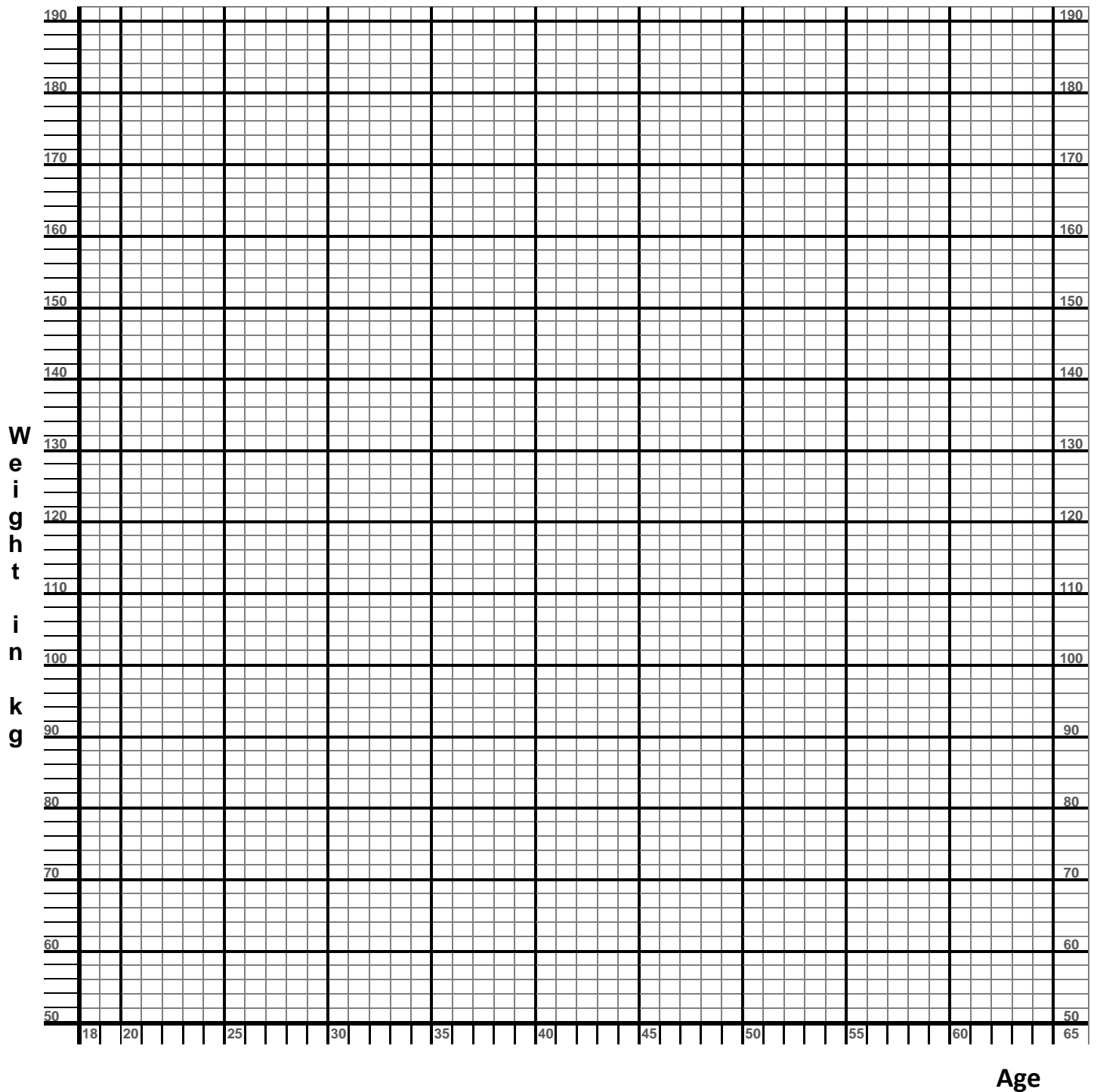
Did you use any special medication in order to loose weight?
(užíval/a jste léky na hubnutí, jaké)

Or any other products supporting weight loss (cocktails, acupuncture, ...)
(nebo jiné prostředky podporující hubnutí, koktejly, akupunktura)

Other type of obesity treatment (gastric bandage, gastric balloon, ...)?
(jiná dočasná léčba obezity, např. bandáž...)

Weight graph

On the graph below, please draw how your weight changed over the years. You can state the reasons of your weight changes, ie. diet, pregnancy, medication, injury, stress, etc.



Other important data / desired surgery date / allergies:

Please, complete the questionnaire truthfully.

Don't forget to mention all your diseases and illnesses you had in the past, even if they are healed.

Thank you very much for completing this questionnaire! 😊

Appointments:

If you haven't previously set a date for your entry consultation, please contact us with your preferred dates. If no contraindications are found during this examination, the procedure can be undergone on the same day.

Surgery days:

Gastric band – every Tuesday

Gastric balloon – every Monday and Friday

Thank you very much.

Best regards.

Bariatric Team

ISCARE clinic Prague

E-mail: nosek@iscare.cz

Phone: +420 602 350 711

Fax: +420 234 770 295