# Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandelnder Ärzte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ärztliche Diagnosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Gewicht als Jugendlicher \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg Gewichtsverlauf letzte 6 Monate \_\_\_\_\_\_\_\_kg

## Soziale Situation

##  Ich bin Haushalt

  Verheiratet  Ich lebe im Haushalt meiner Eltern

  Ledig  Ich habe Kinder Anzahl\_\_\_\_\_\_

  Geschieden  Ich lebe alleine

  Verwitwet  Ich lebe mit einem Partner zusammen

## Berufliche Situation

  Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeitszeit pro Woche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

  Schichtarbeit  Nachtarbeit  Selbständig

  Ich bin arbeitslos

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

  Gewichtsreduktion

  Gewichtszunahme

  Chronische Erkrankungen

  Ernährungsumstellung

  Ärztliche Empfehlung

  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erkrankungen** (bitte erläutern)

  Erhöhte Blutfettwerte

 Erhöhte Cholesterinwerte

  Erhöhte Triglyceridwerte

  Gicht

  Diabetes Typ 1

 Diabetes Typ 2

  erhöhter Blutdruck

  Schlafprobleme/OSAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Herzerkrankungen/Gefäßerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Erkrankung des Bewegungsapparats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  chronisch entzündliche Darmerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Bauchspeicheldrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Lebererkrankungen/Gallenerkrankung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Autoimmunerkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Krebserkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Osteoporose/Rheumatische Erkrankung

  Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde an folgenden Organen operiert (bitte mit Zeitangabe)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Beschwerden

## Allgemeine Beschwerden

(z.B. Schnarchen, Tagesmüdigkeit, Kurzatmigkeit, Schwitzen)

  Zurzeit habe ich keine Beschwerden

  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Physiologische Veränderungen

Was hat sich bei Ihnen verändert?

  Vermehrte Hautverfärbungen

  Bildung von roten Dehnungsstreifen

  Häufige Pilzinfektionen

  Häufige Virusinfektionen

  Probleme mit der Wundheilung

  Krampfadern

  Haarausfall

  Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Wohlbefinden

Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt Ja  Nein 

Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt Ja  Nein 

Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt Ja  Nein 

Ich isoliere/distanziere mich Ja  Nein 

Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung Ja  Nein 

Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung Ja  Nein 

## Gynäkologische/Urologische Informationen

Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen. Ja  Nein 

Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht. Ja  Nein 

Ich litt während der Schwangerschaft unter Schwangerschaftsdiabetes. Ja  Nein 

Befinden Sie sich in der Menopause? Ja  Nein 

 Seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Libidoverlust? Ja  Nein 

Leiden sie unter einer Vergrößerung der Prostata? Ja  Nein 

## Bewegungsverhalten

Ich treibe Sport Ja  Nein 

Sportart: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Häufigkeit pro Woche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich gehe zu Fuß

  < 3000 Schritte am Tag

  3000 bis 6000 Schritte am Tag

  > 6000 Schritte am Tag

Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach

 Freizeitaktivität: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Liter am Tag.

Ich trinke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.

Ich trinke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag

Ich trinke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liter Light-Getränke am Tag

Ich trinke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tassen Kaffee am Tag

  mit Milch

  mit Zucker

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

|  |  |
| --- | --- |
|        | täglich 3-4mal pro Woche 1-2mal pro Woche1-2mal pro Monat nie  |

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Raucherstatus

Ich rauche Ja  Nein 

Ich bin seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahren Raucher

Ich rauche täglich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zigaretten

Ich bin Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament**  | **Dosis**  | **Morgens**  | **Mittags**  | **Abends**  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

## Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende Allergien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

  Mischkost

  vegetarische Kost

  vegane Kost

  sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Ernährungsverhalten

Ich esse täglich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig Ja  Nein 

 Wenn Nein: Warum essen Sie unregelmäßig? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse schnell Ja  Nein 

Ich esse langsam Ja  Nein 

Wer bereitet Ihr Essen zu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb Ja  Nein 

 Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse regelmäßig Fast Food Ja  Nein 

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc. Ja  Nein 

 Wenn ja wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich esse in Gesellschaft Ja  Nein 

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

 mehrmals am Tag

  einmal am Tag

 2-3mal pro Woche

  einmal pro Woche

  Seltener Wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ernährungsprobleme**

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

  Verstopfungen

 Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Durchfall

 Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Blähungen

  Appetitlosigkeit

  Sodbrennen

  Übelkeit

  Erbrechen

  Völlegefühl

  Kaustörungen

  Schluckstörungen

  Geschmacksveränderungen

**Die folgenden Fragen bitte bei bestehendem Übergewicht beantworten.**

# Übergewicht

Gewichtsverlauf im letzten Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Übergewicht in der Kindheit Übergewicht in der Pubertät Übergewicht in der Schwangerschaft Übergewicht in/seit der Menopause  |      | Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein   |

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

  Bauch

  Brust

  Oberkörper

  Beine

## Ziele

Ich möchte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg abnehmen.

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durch welche Maßnahmen möchten sie die Gewichtsreduktion erreichen?

  Ernährungstherapie

  Verhaltenstherapie

  Bewegungstherapie

  Hypnose

  Medikamente

  Magenballon

  Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

  Wohlbefinden steigern

  Risikofaktoren reduzieren

  Lebensqualität steigern

  Körperliche Beschwerden linden

  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Warum essen Sie?

  um Hunger zu stillen

  aus Appetit

  Gelüste

  Langeweile

  Einsamkeit

  Trost

  Genuss

  Ablenkung von Problemen

  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen Ja  Nein 

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken Ja  Nein 

 Wenn Ja: Wann und Wie oft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich kontrolliere mein Gewicht  täglich  mehrfach am Tag

 3-5mal pro Woche  1-2mal pro Woche  einmal im Monat  nie

Anzahl der durchgeführten Diäten

  noch nie

 1-5 mal

 6-9 mal

 >10 mal

 regelmäßig

 ich halte ständig Diät

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion Diätdauer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Low Carb

  Low Fat

  Trennkost

  Mahlzeitenersatz durch Shakes

Produkt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Ernährungsumstellung

  Weight Watchers

  Steigerung der Bewegung

  Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt

  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt

  Xenical

  Reductil

  Metformin

  Acomplia

  Wellbutrin

  Naltrexin

  Tapamax

  L112

  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe folgende chirurgischen Eingriffe erhalten

Zeitpunkt der Operation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Magenballon

  Magenband

  Schlauchmagen

  Bypass

  Große Umstellungs-OP BDP