# 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 Woche  1-2mal 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