



Daten zur Person

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

Hausarzt _____

Das Übergewicht besteht seit Jahr _____

Was war ihr bisher höchstes Gewicht? _____ kg - im Jahr _____

Sind sie derzeit erwerbstätig?

Vollzeit (>35 h/ Woche) Teilzeit arbeitsunfähig

nicht erwerbstätig Hausfrau/ Hausmann

berentet _____

Berufstätigkeit _____

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

_____ Stück seit (Jahr) _____

Ich habe im Jahr _____ mit dem Rauchen aufgehört

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?

Nein weniger als 1 Stunde pro Woche
 1 bis 2 Stunden pro Woche mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche Aktivitäten?

Essen Sie täglich Süßigkeiten? Ja Nein

Haben Sie Essanfälle? Ja Nein

Konsum zuckerhaltiger Getränke _____ (Liter/Tag)

Was waren Ihre letzten 3 Diätversuche? (z.B. stationäre Reha, Multimodales Therapiekonzept, Weight Watchers)

1. _____

Im Jahr _____ über eine Dauer von _____ Wochen

Gewichtsverlust in kg _____

2. _____

Im Jahr _____ über eine Dauer von _____ Wochen

Gewichtsverlust in kg _____

3. _____

Im Jahr _____ über eine Dauer von _____ Wochen

Gewichtsverlust in kg _____

Haben Sie folgende Erkrankungen? Bitte ankreuzen.

Diabetes Typ 1 Ja Nein Seit (Jahr) _____

Diabetes Typ 2 Ja Nein Seit (Jahr) _____

Bluthochdruck Ja Nein

Schlafapnoe Ja Nein
(Atemaussetzer beim Schlafen)

Fettstoffwechselstörung Ja Nein

Harnsäureerhöhung/ Gicht Ja Nein

Leiden Sie unter **Gelenkerkrankungen/ -schmerzen?**
 Ja Nein

Welche? _____

Leiden Sie unter **Sodbrennen?** Ja Nein

Nehmen Sie bei Sodbrennen Medikamente oder andere Hilfsmittel?
 Ja Nein

Welche? _____

Wie häufig hatten Sie in den letzten 3 Monaten Sodbrennen?
 Nie 1 – 5 mal mehr als 5 mal

Leiden Sie unter **Depressionen?** Ja Nein

Leiden Sie unter **Harninkontinenz?** Ja Nein

Hatten/ Haben Sie eine **Krebserkrankung?**
 Ja Nein

Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?
 Ja Nein

Haben Sie bereits Ihre Menopause? (Wechseljahre)
 Ja Nein

Medikamente

morgens mittags abends

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bitte legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei.

