



Fragebogen Adipositas Abklärung:

Name:..... Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

.....

Wie ist ihr aktuelles Gewicht:kg

Wie gross sind Sie?cm

Bestehen bei Ihnen irgendwelche Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie schon mal operiert?

Jahr:

Operation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Präparat:

Dosierung:

Einnahme:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Waren Sie schon mal in Behandlung bei einer Ernährungsberatung?

.....

.....

Bitte listen Sie Ihre bisherigen Diäten auf (z.B. 2012, 6 Monate, Weight Watchers, -10kg, +12kg):

Jahr:	Dauer:	Was:	Gewichtsverlauf:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung oder waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? Wenn ja, bei wem waren Sie in Behandlung?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

Ja: Nein: Menge pro Tag:

Rauchen Sie?

Ja: Nein: Aufgehört:

Treiben Sie Sport oder bewegen Sie sich regelmässig?

.....
.....
.....
.....

Sind Ihre Eltern, Geschwister oder nahe Verwandte
übergewichtig?

.....
.....
.....
.....

Leiden Sie an saurem Aufstossen?

.....

Schnarchen Sie sehr stark oder ist eine Schlafapnoe bei Ihnen
bekannt?

.....
.....
.....

Leiden Sie unter Gelenksbeschwerden?

.....
.....
.....

Wie setzen sich Ihre Mahlzeiten normalerweise zusammen?

Frühstück:

.....
.....
.....
.....

Mittagessen:

.....
.....
.....
.....

Abendessen:

.....
.....
.....
.....

Zwischenmahlzeiten:

.....
.....
.....
.....

Wieviel trinken Sie pro Tag und was für Getränke?

.....
.....
.....
.....
.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

.....

Datum:

Unterschrift: