

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heutiges Datum _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Hausarzt anderer Arzt Bekannte Sonstige: _____

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja welchen und wie häufig?

Wie hoch war Ihr höchstes Körpergewicht? _____ kg

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht? _____

Wenn ja, wie viel Kilogramm haben Sie abgenommen? _____ kg

Was könnte Ursache des Übergewichts sein? (Medikamente, gern essen, Lebensumstellung...)

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr persönliches Wunsch-/Zielgewicht? _____ kg

Rauchen Sie?

Nie Ex-Raucher ca. _____ Zig./Tag Sonstige

Ernährung

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? _____

Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie am Tag? _____

Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeit des Tages ein? _____

Wie viel trinken Sie am Tag, und was bevorzugen Sie dabei?

Essen Sie überwiegend fettige, herzhaft, fleischige oder süße Lebensmittel?

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen

ja nein

Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

ja nein

Wenn nein, bitte die nächste Frage überspringen

Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

ja nein

Diabetische Risikofaktoren

Wurde bei Ihren Eltern/Großeltern oder Geschwistern schon mal Diabetes diagnostiziert

ja nein

Hatten Sie während einer ärztlichen Untersuchung schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte?

ja nein

Haben Sie 2- bis 3-mal in der Woche mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?

ja nein

Wie ist Ihr Blutdruck? zu niedrig normal zu hoch

Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung bekannt? ja nein

Haben Sie in letzter Zeit Harndrang, starken Durst, Müdigkeit, Kribbeln in Händen oder Füßen, Antriebslosigkeit oder schlecht heilende Wunden bei sich selbst bemerkt?

ja nein

Hatten Sie in der Schwangerschaft Diabetes oder wog Ihr Kind über 4500g?

ja nein

Fühlen Sie sich in letzter Zeit traurig oder niedergeschlagen?

Nein ja

Begleiterkrankungen

Sind chronische Erkrankungen bekannt und wenn ja, welche?

Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Erhöhtes Cholesterin/Blutfette	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Erkrankung des Bewegungsapparates	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Erkrankung des Magen- Darm- Traktes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Thrombose	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Asthma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Krebs	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Allergien gegen Medikamente	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Allergien gegen Nahrungsmittel	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Stärke	morgens	mittags	abends	sonstiges

Was erscheint Ihnen sonst noch berichtenswert?
