



Begleiterkrankungen (bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Überhöhte Cholesterinwerte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Überhöhte Blutfette	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Überhöhte Harnsäure	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Essstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie aktuell Beschwerden?:

---

---

---

---

Besteht in Ihrer Familie (Eltern/ Geschwister) Übergewicht/ Adipositas: Ja  Nein

In welcher ärztlichen Mitbehandlung befinden Sie sich?

---

Waren Sie als Kind bereits übergewichtig oder adipös? Ja  Nein

Ihre berufliche Tätigkeit ist:

Körperlich leicht:  mittelschwer:  schwer:

Überwiegend sitzend: Ja  Nein

Sind Sie Raucher? Ja  Nein

Betreiben Sie Sport: Ja  Nein

Art der Sportart: \_\_\_\_\_

Häufigkeit und Dauer pro Woche: \_\_\_\_\_

