

Vorname	_____	Adresse	_____
Nachname	_____		_____
Telefonnummer	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail	_____	Alter in Jahren	_____

### Allgemeine Fragen

Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

Übergewicht besteht seit Lebensjahr \_\_\_\_\_

Was war Ihr höchstes Gewicht bisher? \_\_\_\_\_ In welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Gibt es Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?  Ja  Nein

Erlerner Beruf bzw. Ausbildung: \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit berufstätig?  noch in Ausbildung  nicht erwerbstätig  
 Vollzeit (>35 Stunden / Woche)  Hausfrau /-mann  
 Teilzeit (15 – 35 Stunden /Woche)  arbeitsunfähig  
 Teilzeit (<15 Stunden / Woche)  berentet  
 Schichtarbeit  \_\_\_\_\_

### Angaben zu Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Diabetes Typ 1  Ja seit \_\_\_\_\_  Nein

Diabetes Typ 2  Ja seit \_\_\_\_\_  Nein

Bluthochdruck  Ja  Nein

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)  Ja  Nein  
 CPAP - Maske

Erhöhte Blutfettwerte  Ja  Nein

Gicht  Ja  Nein

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO)  Ja  Nein

Gelenkerkrankungen  Ja \_\_\_\_\_  Nein

Depression  Ja  Nein

- Sodbrennen  Ja  Nein
- Allergien / Unverträglichkeiten  Ja \_\_\_\_\_  Nein
- Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?  Ja \_\_\_\_\_  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell (regelmäßig) ein? \_\_\_\_\_

### Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

- Essen Sie regelmäßig?  Ja  Nein
- Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_
- Kochen Sie öfters selbst?  Ja  Nein
- Essen Sie täglich Süßigkeiten?  Ja  Nein
- Essen Sie nachts?  Ja  Nein
- Haben Sie Essanfälle?  Ja  Nein
- Wie viel Liter / Tag trinken Sie zuckerhaltige Getränke? \_\_\_\_\_
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein
- Rauchen Sie derzeit?  Ja  Nein

### Bitte geben Sie Ihre letzten Diätversuche an:

#### Abnehmversuch 1

- kein
- stationäre Reha
- Weight Watchers
- Optifast
- Multimodales Konzept
- ärztlich begleitet
- \_\_\_\_\_

Jahr? \_\_\_\_\_

Dauer (Wochen oder Monate) \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg: \_\_\_\_\_

#### Abnehmversuch 2

- kein
- stationäre Reha
- Weight Watchers
- Optifast
- Multimodales Konzept
- ärztlich begleitet
- \_\_\_\_\_

Jahr? \_\_\_\_\_

Dauer (Wochen oder Monate) \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg: \_\_\_\_\_

#### Abnehmversuch 3

- kein
- stationäre Reha
- Weight Watchers
- Optifast
- Multimodales Konzept
- ärztlich begleitet
- \_\_\_\_\_

Jahr? \_\_\_\_\_

Dauer (Wochen oder Monate) \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg: \_\_\_\_\_

Machen Sie Sport?  Ja  Nein

Wie viel Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Welchen? \_\_\_\_\_

### Ihre Anmerkung

---



---



---