



ADIPOSITASSPRECHSTUNDE

Entwicklung der Adipositas:

Übergewichtig seit welchem Lebensjahr? _____

Wie lautet Ihr Wunschgewicht? _____

(m)	(kg)	BMI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRÖSSE	AKTUELLES GEWICHT	

(kg)	BMI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MAXIMALES GEWICHT	DATUM	

Ernährungsgewohnheiten:

Haben Sie regelmäßige Essenzeiten? Ja Nein Gelegentlich

Kochen Sie zu Hause regelmäßig? Ja Nein Gelegentlich

Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? Ja Nein Gelegentlich

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein Gelegentlich

Haben Sie Heißhungerattacken? Ja Nein Gelegentlich

Was essen Sie besonders gern? _____

Essen Sie Fast Food? Ja Nein Gelegentlich

Essen Sie Süßes zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein Gelegentlich

Stehen Sie nachts zum Essen auf? Ja Nein Gelegentlich

Trinken Sie Softdrinks? Ja Nein Gelegentlich

Welche? _____

Erbrechen Sie sich nach den Mahlzeiten? Ja Nein Gelegentlich

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____



Verlauf Diäten:	Bitte nennen Sie alle von Ihnen durchgeführten Diäten				
	Hausarzt	Krankenkasse	Kuren	Stationär	Eigenregie
Art der Diät					
Zeitraum					
Gewichtsverlust					

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen?

Ja **Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**

Nein

Ja **Befinden Sie sich jetzt in psychotherapeutischer Behandlung?**

Nein

NAME UND ADRESSDATEN

TELEFON

EMAIL

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT/IN (ERZIEHUNGSBERECHTIGTE)