 <b>Helios</b>	<b>AdiFragebogen Neuvorstellung</b>	ambulant stationäres Adipositaszentrum
	Version: 010/10.2020 Dokumentennummer: 38053	Seite: 1 von 11

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Erstvorstellung (Informationsgespräch): \_\_\_\_\_

<b>Demographie</b>		
<b>Leben Sie in einer Partnerschaft?</b>		
<input type="radio"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> nein</span>		
<b>Kinder (leibliche / Anzahl):</b>		
<b>Unerfüllter Kinderwunsch</b>		
<input type="radio"/> nein <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> ja</span>		
Übergewicht besteht seit welchem Lebensjahr?	Höchstes bisheriges Gewicht:	Im Jahr:
<b>Höchster Schulabschluss</b>	<input type="radio"/> ohne Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule/ Volkshochschule <input type="radio"/> Realschule/ Mittlere Reife <input type="radio"/> Hochschulreife <input type="radio"/> anderer <input type="radio"/> unbekannt	
<b>Berufsausbildung</b>	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> noch in Ausbildung <input type="radio"/> Hochschule <input type="radio"/> Lehre, Fach-/Meister-/ Technikerschule <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> unbekannt	
<b>Derzeitige Erwerbstätigkeit</b>	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig <input type="radio"/> Vollzeit (≥35 h/ Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (15 – 35 h/ Woche) <input type="radio"/> Teilzeit (<15 h/ Woche) <input type="radio"/> Hausfrau/ Hausmann <input type="radio"/> arbeitsunfähig <input type="radio"/> berentet	
<b>Adipositas in Familienanamnese (BMI ≥30; Kinder &gt; 98. Perzentil)</b>		
Mutter:	<input type="radio"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> ja</span>	
Vater:	<input type="radio"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> ja</span>	
Kind(er):	<input type="radio"/> nein <span style="margin-left: 50px;"><input type="radio"/> ja</span>	<input type="radio"/> keine Kinder
Geschwister:	<input type="radio"/> nein <span style="margin-left: 50px;"><input type="radio"/> ja</span>	<input type="radio"/> keine Geschwister

<b>Anamnese</b>			
<b>aktuelles Gewicht:</b>	kg	<b>BMI:</b>	(kg/ m <sup>2</sup> )
		<b>Größe:</b>	cm

<i>Bearbeitung:</i>	<i>Prüfung:</i>	<i>Freigabe:</i>
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

© Helios Kliniken GmbH, 2020

Mobilität	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel	<input type="radio"/> immobil
Begleiterkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

Erstdiagnose	
<b>Diabetes mellitus Typ 1</b> <b>(Zuckerkrankheit)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt Jahr:
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt Jahr:
<b>Hypertonie (Bluthochdruck)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Schlafapnoe</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Dyslipidämie</b> <b>(Fettstoffwechselstörung)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Hyperurikämie</b> <b>(erhöhte Harnsäure)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<span style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">(nur für Frauen)</span> <b>Polyzystisches Ovarsyndrom</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Gelenkbeschwerden</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Depression Definition: <a href="#">ICD-10 F32.*</a></b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell <input type="radio"/> ja, in der Anamnese <input type="radio"/> unbekannt
<b>Sodbrennen</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt


CE-VAI- & ( ) 0:1|a\* o&ee AD[ \ ' ( ) 0& 0&^ ( #) &+'' \*+aa) • &E

<b>Bearbeitung:</b> Kniese, Katja 23.10.2020	<b>Prüfung:</b> Kniese, Katja 23.10.2020	<b>Freigabe:</b> Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06
---	---	--

Reflux Symptom Index						
	(-1 - 45)	bei > 10 auffällig			bei > 13 pathologisch	
	kein Problem					sehr starkes Problem
<b>Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Häufiges Räuspern</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Atemprobleme oder Hüsteln:</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Starker quälender Husten</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Medikation	
Nehmen Sie derzeit Medikamente?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>Antidiabetika (Tabletten bei Zuckerkrankheit)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, reduziert <input type="radio"/> ja, wissenschaftlich
Insulin – Gesamtdosis durchschnittlich	
<b>Biguanide (Metformin)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
Dosis Biguanide (mg) täglich	

Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

	<b>AdiFragebogen Neuvorstellung</b>	ambulant stationäres Adipositaszentrum
	Version: 010/10.2020 Dokumentennummer: 38053	Seite: 4 von 11

<b>Andere orale Antidiabetika (Medikamente bei Zuckerkrankheit)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt
<b>Antihypertensiva (Medikamente gegen erhöhten Blutdruck)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

<b>Stoffwechsel / Hormone</b>			
Nehmen Sie Stoffwechselmedikamente (zum Beispiel gegen erhöhtes Cholesterin)/ Hormone (zum Beispiel Schilddrüsenhormone wie L Thyroxin, „Anti-Baby-Pille“ oder Prednisolon?			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	nein	ja	unbekannt
<b>Statine (zum Beispiel Simvastatin)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>andere Lipidsenker (zum Beispiel Lipidil, Ezetrol)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Harnsäuresenker (zum Beispiel Allopurinol)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Schilddrüsenhormone (L Thyroxin)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Nur für Frauen:</u></b>			
<b>orale Kontrazeptiva</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>postmenopausale Hormone</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Antikoagulation</b>			
<b>ASS (Acetylsalicylsäure)</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ASS kardioprotektiv <input type="radio"/> ASS $\geq$ 100mg <input type="radio"/> unbekannt		
	nein	ja	unbekannt
<b>Andere Thrombozytenaggregationshemmer</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Clopidogrel oder andere</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vitamin K-Antagoniste (Falithrom zum Beispiel)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Andere Antikoagulantien Zum Beispiel Xarelto</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Bearbeitung:</i>	<i>Prüfung:</i>	<i>Freigabe:</i>
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

**Weitere Medikation**
**Analgetika (Schmerzmittel)**

- nein
- NSAR (Ibuprofen, Rewodina, Voltaren z.B)
- Opiat
- NSAR + Opiat
- ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen
- andere
- unbekannt

**Psychopharmaka**

- nein
- Antidepressiva
- Schlaf-/ Beruhigungsmittel
- Neuroleptika
- Kombination
- ja, aber unbekannt welche bzw. wogegen
- unbekannt

**Voroperationen**

Haben Sie Voroperationen?

- nein
- ja

**1. Bariatrische Vor-OP**

- nein
- proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- Sleeve Gastrektomie (SG)
- Magenband
- BPD-DS
- BPD-Scopinaro
- Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass)
- Magenballon
- Magenschrittmacher
- Magenband Entfernung (allein)
- Magenschrittmacher Entfernung (allein)
- Magenband ex und Anlage RYGB
- Magenband ex und Anlage SG
- prox. RYGB zu banded RYGB
- prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge)
- prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage
- RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie)
- SG zu prox. RYGB
- SG zu Omega-Loop-Bypass
- SG zu BPD-DS
- Endobarrier
- Gastroplikat
- Re-Sleeve
- vertikale Gastroplastie in RYGB
- vertikale Gastroplastie
- andere

**Jahr:**

Bearbeitung:

Kniese, Katja 23.10.2020

Prüfung:

Kniese, Katja 23.10.2020

Freigabe:

 Kniese, Katja - 23.10.2020  
10:50:06


**2. Bariatrische Vor-OP**

- nein
- proximaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- distaler Roux-en-y-Magenbypass (RYGB)
- Sleeve Gastrektomie (SG)
- Magenband
- BPD-DS
- BPD-Scopinaro
- Omega-Loop-Bypass (Mini Gastic Bypass)
- Magenballon
- Magenschrittmacher
- Magenband Entfernung (allein)
- Magenschrittmacher Entfernung (allein)
- Magenband ex und Anlage RYGB
- Magenband ex und Anlage SG
- prox. RYGB zu banded RYGB
- prox. RYGB: Fußpunktdistalisierung (neue Schenkellänge)
- prox. RYGB: Pouchresizing und Neuanlage
- RYGB reversal (Wiederherstellung alte Anatomie)
- SG zu prox. RYGB
- SG zu Omega-Loop-Bypass
- SG zu BPD-DS
- Endobarrier
- Gastroplikat
- Re-Sleeve
- vertikale Gastroplastie in RYGB
- vertikale Gastroplastie
- andere

**Jahr:**

	nein	konventionell (Schnitttechnik)	laparoskopisch (Knopflochtechnik)
<b>Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Appendektomie (Entfernung des Blinddarmes)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Magen OP</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Darm OP</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bauchwand/plastische OP</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sonstige Abdominal-OP (Bauch-OP)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sonstige gynäkologische OP</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Bearbeitung:</b>	<b>Prüfung:</b>	<b>Freigabe:</b>
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

	<b>AdiFragebogen Neuvorstellung</b>	ambulante stationäres Adipositaszentrum
	Version: 010/10.2020 Dokumentnummer: 38053	Seite: 7 von 11

Ernährungsverhalten	
<b>Essen Sie täglich Süßigkeiten?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>Essen Sie nachts?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>Haben Sie Essanfälle?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<b>Hauptmahlzeiten pro Tag</b>	(0-50)
<b>Nebemahlzeiten pro Tag</b>	(0-50)
<b>Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag)</b>	(0-99)

**Bitte geben Sie die letzten 3 Abnehmversuche an:**

<b>Versuch 1</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> stationäre Reha <input type="radio"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="radio"/> Optifast <input type="radio"/> Weight Watchers <input type="radio"/> multimodales Therapiekonzept <input type="radio"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	Jahr:	Dauer:	(Monate)
<b>Gewichtsverlust</b>	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> bis 10 kg <input type="radio"/> 11 – 20 kg <input type="radio"/> 21 – 30 kg <input type="radio"/> mehr als 30 kg <input type="radio"/> unbekannt			

<i>Bearbeitung:</i>	<i>Prüfung:</i>	<i>Freigabe:</i>
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

**Versuch 2**

- nein
- stationäre Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ (Monate)

**Gewichtsverlust**

- keinen
- bis 10 kg
- 11 – 20 kg
- 21 – 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**Versuch 3**

- nein
- stationäre Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ (Monate)

**Gewichtsverlust**

- keinen
- bis 10 kg
- 11 – 20 kg
- 21 – 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

**körperliche Aktivität  
(Dauer pro Woche)**

- nein
- < 1h
- 1 – 2h
- > 2h
- unbekannt

**Bearbeitung:**

Kniese, Katja 23.10.2020

**Prüfung:**

Kniese, Katja 23.10.2020

**Freigabe:**

 Kniese, Katja - 23.10.2020  
10:50:06



<b>Lebensqualität (BQL)</b>					
	stimmt überhau- pt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkom- -men
01. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
03. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. Ich bin im Großen und Ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) im Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) im Privatleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CE • \*Agi\* & (d) e:|ja\* d&eeAD| \ ( \) d&e&e^ ( #) d&e^ • \*aa) • d&e

<b>Eating Disorder Examination</b>							
<b>An wie vielen der letzten 28 Tage ...</b>							
	kein Tag	1 – 5 Tage	6 – 12 Tage	13 – 15 Tage	16 – 22 Tage	23 – 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niemals	in seltenen Fällen	in weniger als die Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
6. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? ( <i>Zählen Sie Essanfälle nicht mit.</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	zw. nicht und leicht	leicht	zw. leicht und mäßig	mäßig	zw. mäßig und deutlich	deutlich
7. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Bearbeitung:</i>	<i>Prüfung:</i>	<i>Freigabe:</i>
Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja 23.10.2020	Kniese, Katja - 23.10.2020 10:50:06

8. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt,  
wenn Sie Ihren Körper gesehen haben  
(z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im  
Schaufenster, beim Ausziehen, Baden  
oder Duschen)?

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

## Vom Arzt im Krankenhaus auszufüllen:

### Laborwerte

#### Niere

Serumkreatinin   mg/dl 0.65 - 1.25 mg/dl

#### Diabetes- und Energiestoffwechsel

Blutzucker nüchtern   mg/dl 55 - 100 mg/dl

HbA1c   % 4.2 - 6.2 %

#### Fettstoffwechsel

Gesamtcholesterin   mg/dl 140 - 240 mg/dl

LDL-Cholesterin   mg/dl 00 - 160 mg/dl

HDL-Cholesterin   mg/dl 00 - 160 mg/dl

Triglyceride   mg/dl 150 - 200 mg/dl

Bearbeitung:

Kniese, Katja 23.10.2020

Prüfung:

Kniese, Katja 23.10.2020

Freigabe:

Kniese, Katja - 23.10.2020  
10:50:06