

 <b>HELIOS</b> Weißeritztal-Kliniken	<b>Anlage 1- Stammdaten Adipositas therapie</b>	Version: 001/04.2015 Dok.-Nummer: 18433
		Adipos.-Zentrum

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		Krankenkasse:	
Anschrift:			
Telefon Nummer:			
E- Mail- Adresse:			
Hausarzt:			
Telefon-Nummer:			
Diabetologe:			
Telefon-Nummer:			
Gewicht:		kg	Größe:
			m
<b>BMI:</b>			

Besonderheiten/ Vorerkrankungen:

## Medikamentenplan

Medikament	Früh - Mittag - Abend			Seit Wann?

**Rauchen:** ja / nein

Wenn ja seit wann? \_\_\_\_\_

Wie viel? \_\_\_\_\_

**Alkohol:** ja / nein / gelegentlich

Wenn ja wie viel? \_\_\_\_\_

### **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Hausarzt
- andere Ärzte
- Internet
- Presse
- sonstiges  \_\_\_\_\_
- Bekanntenkreis

Datum:

Unterschrift: