

	Anlage 1- Stammdaten Adipositas therapie	
Adipos.-Zentrum	Formblatt	

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: