

Zuweiserformular Adipositas

Personalien

Name _____ Geschlecht weiblich männlich
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____ Nationalität _____
PLZ/Ort _____ Telefon _____
Krankenkasse _____ Mobile _____

BMI 31 – 34 BMI 35 – 49 BMI > 50

Diagnose

Komorbiditäten

Diabetes mellitus Arterielle Hypertonie
 OSAS Koronare Herzkrankheit
 Dyslipidämie Erkrankungen Bewegungsapparat
 Andere _____

Anamnese/Gewicht und Grösse

Bisherige Behandlungen/Abklärungen/Voroperationen/Revisionen

Fragestellung

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser
